



Kernerwartungen an die Krankenhauspolitik in Bund und Land

Ein Positionspapier des Landkreistags Baden-Württemberg

Die allermeisten Krankenhäuser in Baden-Württemberg haben – zumal in den letzten anderthalb Jahrzehnten – ihre strukturellen Hausaufgaben proaktiv und kontinuierlich erledigt. So konnte die Zahl der Krankenhäuser, die Zahl der Krankenhausbetten sowie die Verweildauer in den Krankenhäusern deutlich verringert werden – und dies, obwohl gleichzeitig die Zahl der zu behandelnden Patientinnen und Patienten gestiegen ist. Hinzu kommt, dass gerade auch viele kommunale Häuser hierzulande – früher als andernorts – auf die Vorteile der Verbundbildung gesetzt haben. Dass Baden-Württemberg die bundesweit niedrigste Bettenzahl hat, zeugt von diesem im Wesentlichen gelungenen Strukturwandel.

Ungeachtet dessen befinden sich die baden-württembergischen Krankenhäuser derzeit in einer wirtschaftlich äußerst schwierigen Situation. Nahezu jedes zweite Haus schreibt hierzulande rote Zahlen. Der Anteil der Häuser, die ein negatives Jahresergebnis aufweisen, ist in keinem Bundesland so hoch wie in Baden-Württemberg.

Dies kommt nicht von ungefähr. Vielmehr lässt sich sowohl bezüglich der vom Bund zu verantwortenden Betriebskostenfinanzierung als auch im Hinblick auf die dem Land obliegende Investitionsförderung eine strukturelle Unterfinanzierung diagnostizieren: Im Bereich der Betriebskosten werden die Personalkostenunterschiede zwischen den Bundesländern immer größer, während sich die Unterschiede bei den Krankenhausentgelten auf niedrigem Niveau nivellieren – beides zu Lasten Baden-Württembergs, wo sich die Tariflohn-Erlös-Schere definitiv nicht mehr schließen lässt. Im Bereich der Investitionsförderung wiederum wird der vorhandene Investitionsstau nicht nur nicht abgebaut, sondern wächst aufgrund einer jährlichen Investitionslücke von rund 100 Millionen Euro

kontinuierlich weiter an – mit der zusätzlichen Konsequenz, dass wegen der ausbleibenden Investitionen auch die Betriebskosten der betroffenen Häuser weiter steigen.

Bund und Land haben zuletzt diverse Anstrengungen unternommen, um die Krankenhäuser in ihrer wirtschaftlich prekären Lage zu unterstützen. Dies ist ausdrücklich anzuerkennen. So hat der Bund mit dem Krankenhausstrukturgesetz wichtige Weichenstellungen vorgenommen. Das Land wiederum hat die Investitionsförderung substanziell erhöht. Dennoch bedarf es sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene weiterer Schritte, um die Krankenhausversorgung nachhaltig sicherzustellen.

Welche Kernerwartungen die baden-württembergischen Landkreise insoweit an Bund und Land haben, ist im Folgenden stichpunktartig aufgeführt. Die Landkreise stehen unverändert zu ihrer Verpflichtung, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten. Ohne substanzielle Unterstützung durch Bund und Land wird dies jedoch – auf Dauer – vielerorts nicht mehr gelingen können.

Kernerwartungen an den Bund

1. Der grundsätzliche Ordnungsrahmen des Krankenhauswesens hat sich bewährt. So ist an der dualen Krankenhausfinanzierung festzuhalten. Demgemäß muss die finanzielle und planerische Verantwortung für die Krankenhausinfrastruktur umfänglich bei den Ländern verbleiben, von diesen aber auch umfassend wahrgenommen werden. Selektivverträge auch im stationären Bereich sind mit diesem Grundverständnis unvereinbar und werden daher strikt abgelehnt. Sie erhöhen nicht nur unnötig die Bürokratielasten, sondern gefährden überdies die stationäre Versorgung, insbesondere die Notfallversorgung in der Fläche, und schränken außerdem die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten unzulässig ein.
2. Bei der Betriebskostenfinanzierung muss es zu Nachbesserungen kommen. Diese sollten sich an dem Leitbild orientieren, dass in einem Plankrankenhaus die praktisch erlösbaren Entgelte die tatsächlich anfallenden Kosten nachhaltig decken müssen – und zwar ohne dass man dafür zwingend in Mehrleistungen zu gehen braucht oder die Pflege am Bett ausdünnen muss. Diesem Leitbild widerspricht die aktuelle Betriebskostenfinanzierung in zumindest viererlei Hinsicht: Erstens fehlt es an einer Regelung, wonach ein überdurchschnittliches Personalkostenniveau und ein überdurchschnittliches Beschäftigungsniveau bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts erhöhend zu berücksichtigen sind. Zweitens werden tariflich und gesetzlich verursachte Personalkostensteigerungen nur unzureichend ausgeglichen. Drittens wird die kostengerechte Anpassung des Landesbasisfallwerts über die Grundlohnrate bzw. den Veränderungswert sachwidrig gedeckelt. Viertens ist bislang nicht vorgesehen, dass Krankenhäuser

mit den Krankenkassen krankenhausspezifische Zuschläge vereinbaren können, wenn sich die Fallpauschalen aufgrund regionaler und struktureller Besonderheiten als nicht auskömmlich erweisen.

3. Das Krankenhausstrukturgesetz ist von den Landkreisen als guter Kompromiss begrüßt und gewürdigt worden. Positiv hervorzuheben sind insbesondere die Einführung des Pflegezuschlags, die vollständige Abschaffung der doppelten Degression sowie die Streichung des Investitionskostenabschlags bei der Vergütung ambulanter Leistungen des Krankenhauses. An derthalb Jahre nach seinem Inkrafttreten ist das Krankenhausstrukturgesetz nunmehr freilich einem systematischen Monitoring zu unterwerfen. Dieses soll dazu beitragen, dass die in dem Reformgesetz vorgesehenen Instrumente auch tatsächlich ihren vom Gesetzgeber angestrebten Zweck erfüllen. Dies gilt zum einen und v. a. für den Bereich der ambulanten Notfallleistungen im Krankenhaus. Hier hat sich zwar die Kooperation mit der Vertragsärzteschaft deutlich verbessert. Jedoch ist der mit dem Krankenhausstrukturgesetz verfolgte Ansatz, die Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung in den Kliniken durch eine stärkere Differenzierung des bestehenden Vergütungssystems zu verbessern, definitiv gescheitert. Daher sollte in Fortschreibung des Krankenhausstrukturgesetzes eine eigenständige gesetzliche Grundlage für die Vergütung der ambulanten Notfallleistungen geschaffen werden, damit die beiden an sich betroffenen Vertragspartner, nämlich Krankenkassen- und Krankenhausseite, die insoweit notwendigen Vereinbarungen treffen können. Zum anderen muss auch das mit dem Krankenhausstrukturgesetz nachgeschärfte Instrument des Sicherstellungszuschlags noch weiterentwickelt werden. Denn dessen Voraussetzungen greifen noch zu selten, als dass der strukturellen Unterfinanzierung von bedarfsnotwendigen Kliniken in der Fläche und speziell im ländlichen Raum auf breiter Front entgegengewirkt werden könnte.
4. Um die Herausforderungen der Zukunft zu meistern, bedarf es eines Gesundheitssystems, das ungleich stärker als heute durch Vernetzung, Koordination und Integration der Versorgungsleistungen geprägt ist. Dem Krankenhaus wird in diesem Zusammenhang eine immer zentralere Rolle zu wachsen. Um den Übergang in dieses Gesundheitssystem der Zukunft zu gewährleisten, muss es mittelfristig zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung kommen, die von den für die Daseinsvorsorge zuständigen Ländern und Kommunen verantwortet wird. Zwischenschritte dorthin sind beispielsweise die Stärkung der Rolle von Ländern und Kommunen bei der vertragsärztlichen Bedarfsplanung, der Ausbau der ambulanten Krankenhausversorgung zu fairen Konditionen sowie die Privilegierung von Medizinischen Versorgungszentren, die räumlich an ein Krankenhaus angegliedert sind, bei der Vergabe von Vertragsarztsitzen.
5. Im Gesundheitsbereich sind in der zurückliegenden Zeit zu viele für die Menschen, aber auch für die Krankenhäuser, zentral wichtige Entscheidungen entparlamentarisiert worden. Hier

sind Korrekturen erforderlich. Insbesondere müssen Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die sich für die Gesundheitsversorgung als wesentlich erweisen, einer parlamentarischen Kontrolle unterworfen werden.

Kernerwartungen an das Land

1. Um den Investitionsstau im Krankenhausbereich nicht noch weiter anwachsen zu lassen, sondern sukzessive abzubauen, muss das Land die Mittel für die Einzel- und Pauschalförderung um insgesamt 150 auf 600 Millionen jährlich aufstocken. Diese Aufstockung muss über originäre Landesmittel erfolgen, da die auskömmliche Krankenhausinvestitionsförderung Landesaufgabe ist. Mindestens ein Drittel des jährlichen Aufstockungsbetrags sollte dabei der zuletzt vernachlässigten Pauschalförderung zugute kommen. Von der Investitionsförderung strikt zu trennen ist dabei die Mittelbereitstellung im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds. Schließlich dient die Einzel- und Pauschalförderung im Kern dazu, die notwendigen Investitionskosten von Plankrankenhäusern zu decken, damit im Ergebnis ausreichend Krankenhauskapazitäten vorgehalten werden. Demgegenüber sind die Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds insbesondere für Schließungs-, Konzentrations- und Umwandlungsvorhaben vorgesehen. Schon vor diesem Hintergrund sind die Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds grundsätzlich nicht geeignet, eine unauskömmliche Investitionsfinanzierung zu kompensieren oder gar eine Absenkung der Investitionsförderung zu rechtfertigen.
2. Das Land muss seine Krankenhausplanung nachschärfen und stärken. Denn es steht verfassungsrechtlich in der Pflicht, ein hinreichend dichtes Netz von qualitativ arbeitenden Krankenhäusern sicherzustellen und dadurch gleiche Gesundheitschancen für alle Bürgerinnen und Bürger sowohl in den Ballungsräumen als auch im ländlichen Raum zu gewährleisten. Das zentrale Instrument des Landes, um diese sozialstaatliche Verpflichtung zu erfüllen, ist die Krankenhausplanung. Um diese zu ertüchtigen, sollte das Land in einem ersten Schritt ein Gutachten in Auftrag geben, um ausloten zu lassen, welche Gestaltungsspielräume die Länder haben, wenn sie ihre Krankenhausplanung stärker in den Dienst der Struktursteuerung stellen möchten. Die Gutachter sollten auch um konkrete Regelungsvorschläge gebeten werden. Eine gesetzgeberisch nachgeschärfte Krankenhausplanung muss dabei insbesondere dazu beitragen, die wohnortnahe Grund- und Notfallversorgung in der Fläche sicherzustellen, regional den Aufbau sektorenübergreifender, abgestufter Versorgungsstrukturen zu befördern und im Übrigen die hierzulande historisch gewachsene, bewährte Trägervielfalt zu bewahren.
3. Die Krankenhäuser durchlaufen aktuell eine massive digitale Transformation. Damit diese gelingt und – auch im Patienteninteresse – möglichst viele Innovationspotenziale gehoben werden, müssen die Häuser massiv investieren. Vor diesem Hintergrund entspräche es nicht nur

der gesetzlichen Finanzierungsverantwortung des Landes, sondern würde auch zur Digitalisierungsoffensive des Landes passen, wenn – parallel zur Digitalisierungsstrategie Medizin und Pflege – ein krankenhausspezifisches Investitionssonderprogramm aufgelegt würde, um Investitionen der Häuser in die IT-Struktur zu refinanzieren.

4. In den Krankenhäusern fehlt es zunehmend an Ärztinnen und Ärzten, an Pflegepersonal sowie an anderen Gesundheitsfachberufen. Das Land ist daher aufgerufen, ein Paket mit kurz-, mittel- und langfristigen Maßnahmen zur Bekämpfung des Fachkräftemangels in den Krankenhäusern zu schnüren. Notwendige Bestandteile dieses Pakets sind die Erhöhung der Studienplatzzahlen im Fach Humanmedizin um mindestens 10% sowie eine Bundesratsinitiative, die darauf abzielt, ärztliche Tätigkeiten in deutlich größerem Umfang als bisher auf nichtärztliche Gesundheitsfachkräfte zu delegieren bzw. durch sie zu substituieren.

5. Es darf nie wieder dazu kommen, dass ein strukturell sinnvoller Zusammenschluss von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft am Kartellrecht scheitert. Das Land muss daher die Vorgabe aus dem Koalitionsvertrag kurzfristig umsetzen und eine Bundesratsinitiative zur Ergänzung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen starten. Ziel muss es sein, den Zusammenschluss von Plankrankenhäusern in den Fällen kartellrechtlich zu privilegieren, in denen der Träger der Krankenhausplanung die Fusion für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern unter Beachtung der Vielfalt der Krankenhausträger für erforderlich erklärt.