



Stuttgart, den 19. November 2013

## Erwartungen an die Krankenhauspolitik im Land und im Bund

### Ein Diskussionspapier des Landkreistags Baden-Württemberg

Eine Krankenhausstrukturreform ist dringend geboten. Denn wenn Häuser, die bedarfsgerecht sind und wirtschaftlich arbeiten, negative Jahresabschlüsse hinnehmen müssen, dann liegt der Fehler im System. Finanzielle Notspritzen können den Krankenhäusern zwar eine vorübergehende Atempause verschaffen. Die Lösung der strukturellen Probleme darf aber nicht länger aufgeschoben werden.

Vor diesem Hintergrund erwarten die Landkreise in Baden-Württemberg, dass auf Landes- und Bundesebene rasch die erforderlichen strukturellen Veränderungen eingeleitet werden. Die Landkreise stehen dabei zwar unverändert zu ihrer Verpflichtung, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten. Ohne strukturelle Verbesserungen im Krankenhauswesen wird dies – auf Dauer – vielerorts und gerade im ländlichen Raum jedoch nicht mehr gelingen können.

### Erwartungen an das Land

1. Die Krankenhausplanung ist als integraler Bestandteil des sozialstaatlichen Daseinsvorsorgeauftrags der Länder zu begreifen, zu stärken und im Sinn einer aktiveren Krankenhausplanung weiterzuentwickeln.
2. Wesentliche Ziele einer zukunftsfähigen Krankenhausplanung müssen dabei insbesondere die Sicherstellung einer wohnortnahen Akut-Notfall- und Grundversorgung in der Fläche, der Aufbau regionaler sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen sowie der Erhalt der Trägervielfalt sein.

3. Damit eine ambitioniertere Krankenhausplanung auf den Weg gebracht werden kann, müssen insbesondere auch klare Kriterien für die Grund- und Schwerpunktversorgung entwickelt werden.
4. Im Rahmen des geltenden Rechtsrahmens bietet sich namentlich ein Rückgriff auf das Instrument der medizinischen Fachplanung an, um unter angemessener Wahrung der örtlichen Autonomie zu einer sinnvollen Schwerpunktbildung beizutragen.
5. Um den Investitionsstau im Krankenhausbereich abzubauen, muss das Land bis 2016 die Investitionsmittel deutlich erhöhen. Die derzeit unzureichende Investitionsfinanzierung führt bei den betroffenen Häusern zu höheren Betriebskosten und verschärft auch dadurch die Finanzierungskrise im Krankenhausbereich. Mindestens bedarf es einer regelmäßigen Investitionskostenfinanzierung in Höhe von mindestens 600 Mio. EUR pro Jahr.
6. Die Krankenhausförderung muss stärker als bisher in den Dienst der Struktursteuerung gestellt werden. So muss etwa die Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung nicht nur bei Planungs-, sondern auch bei Förderentscheidungen ein gewichtiges Kriterium darstellen.
7. Auch das Ziel, eine sinnvoll abgestufte Versorgung zu realisieren und regionale, sektorenübergreifende Versorgungsnetze zu etablieren, muss sich deutlicher und nachhaltiger als heute in den Förderkriterien abbilden.
8. Unabhängig von der überfälligen bundespolitischen Diskussion um die notwendige Stärkung des Instruments des Sicherstellungszuschlags für Krankenhäuser in strukturell schwierigen Gebieten soll das Land auf Basis des geltenden Rechts die Voraussetzungen präzisieren, unter denen ein solcher Zuschlag zu gewähren ist.
9. Es muss ein Paket mit kurz-, mittel- und langfristigen Maßnahmen zur Bekämpfung des Ärzte- und Fachkräftemangels geschnürt werden. Dazu gehört auch eine substanzielle Erhöhung der Medizinstudienplätze.
10. In einem Landesversorgungsstrukturgesetz ist der institutionelle und verfahrensmäßige Rahmen zu schaffen, damit – im Gegenstromprinzip – regionale Versorgungskonzepte im Dialog entwickelt werden können.

## Erwartungen an den Bund

1. An der dualen Krankenhausfinanzierung ist festzuhalten. Eine Rückkehr zur Monistik kommt nicht in Betracht. Die Länder sind im Rahmen staatlicher Daseinsvorsorge dazu berufen und verpflichtet, durch Planung und Investitionskostenfinanzierung eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Krankenhausinfrastruktur zu gewährleisten.
2. Anders als im ambulanten Bereich sind Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungsträgern im stationären Bereich strikt abzulehnen. Sie gefährden die stationäre Versorgung sowie insbesondere die Notfallversorgung in der Fläche und führen zu unnötiger Überbürokratisierung.
3. Krankenhäuser müssen durch ein erneuertes Finanzierungssystem dauerhaft in die Lage versetzt werden, unabwiesbare Kostensteigerungen ohne Mehrleistungen und ohne Personalabbau zu finanzieren.
4. Dazu muss insbesondere der Orientierungswert zur Bemessung der Kostensteigerung im Krankenhausbereich ohne Abstriche dauerhaft umgesetzt und dabei so nachgeschärft werden, dass er die tatsächlichen Preissteigerungen aktuell und verlässlich abbildet.
5. Die sogenannte doppelte Degression, also der Mechanismus, dass bei steigenden Patientenzahlen der Erlös pro Fall nicht nur bei den Mehrleistungen erbringenden Krankenhäusern, sondern für alle Krankenhäuser im Land sinkt, muss vollständig und endgültig aufgehoben werden.
6. Das System der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups – DRG) muss dahingehend überarbeitet werden, dass Fehlanreize vermieden werden. Außerdem müssen Leistungen der Grundversorgung so aufgewertet werden, dass hierdurch die – speziell in der Fläche und im ländlichen Raum höheren – Vorhaltekosten für die notfallmedizinische Akutversorgung refinanziert werden können.
7. Ein deutschlandweit einheitlicher Basisfallwert vernachlässigt, dass die Lebensverhältnisse in Deutschland nicht homogen sind. Eine vollständige Nivellierung der Landesbasisfallwerte wird daher abgelehnt.

8. Das Instrument der Sicherstellungszuschläge muss gestärkt werden. Insbesondere darf es keine Anrechnung auf den Landesbasisfallwert geben.
9. Sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen sind zu fördern. Um die medizinische Versorgung namentlich des ländlichen Raums nachhaltig zu sichern, müssen die starren Sektorgrenzen überwunden und die unverbundenen Versorgungsplanungen vernetzt werden. Krankenhäuser müssen sich möglichst flexibel an der Schaffung regionaler Versorgungsstrukturen beteiligen können. Dementsprechend muss etwa auch das Instrument der Institutsermächtigung zum einen flexibilisiert und zum anderen durch Einräumung von entsprechenden Rechtsansprüchen der Krankenhäuser gestärkt werden.
10. Es bedarf auch auf Bundesebene eines Maßnahmenbündels, um den Ärzte- und Fachkräftemangel zu bekämpfen. So muss beispielsweise erreicht werden, dass in den Hauptdisziplinen der inneren Medizin und der Chirurgie eine ausreichende Zahl von Generalisten ausgebildet wird, damit insbesondere die notfallmedizinische Versorgung in der Fläche dauerhaft sichergestellt werden kann.