



BAYERISCHER LANDKREISTAG
Körperschaft des öffentlichen Rechts



**Bayerischer
Bezirketag**

Sicherstellung der medizinischen Versorgung durch kommunale Krankenhäuser

**Die kommunalen Spitzenverbände in Bayern
halten an kommunaler Trägerschaft fest!**

**Gemeinsames Positionspapier
des Bayerischen Landkreistags, Bayerischen Städtetags,
Bayerischen Gemeindetags sowie des Bayerischen Bezirketags**

Die Kommunen in Bayern bekennen sich zum Sicherstellungsauftrag, bedarfsnotwendige Krankenhäuser vorzuhalten. Sie sind sich ihrer Verantwortung bewusst, Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft weiterzuentwickeln, um den Erfordernissen des medizinischen Fortschritts und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in der Fläche gerecht zu werden. Die dazu notwendigen Schritte und Forderungen sind Gegenstand dieses Positionspapiers.

Die zentralen Forderungen vorangestellt in Kurzform:

- Bundes- und Landespolitik müssen die Rahmenbedingungen schaffen, damit die kreisfreien Städte, Landkreise und Bezirke ihren Sicherstellungsauftrag wahrnehmen können.
- Zur flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bürger müssen die Strukturen nach Versorgungsstufen gegliederter, möglichst wohnortnaher akutstationärer Krankenhäuser aufrecht erhalten und Maßnahmen zur Vermeidung des Ärzte- und Fachkraftmangels ergriffen werden.

Bayerischer Gemeindetag
Dreschstr. 8
80805 München
Telefon 089/3 60 00 90

Bayerischer Städtetag
Prannerstr. 7
80333 München
Telefon 089/2 90 08 70

Bayerischer Landkreistag
Kardinal-Döpfner-Str. 8
80833 München
Telefon 089/2 86 61 50

Bayerischer Bezirketag
Knöbelstr. 10
80538 München
Telefon 089/2 12 38 90

- Das System der Krankenhausfinanzierung muss als Festpreissystem unter stärkerer Berücksichtigung der Vorhaltekosten ausgebaut werden. Selektivverträge der Krankenkassen werden abgelehnt.
- Der zukünftige Orientierungswert zur Abbildung von Kostenentwicklungen im Krankenhausbereich darf nicht politisch bemessen werden, sondern muss die realen Preissteigerungsraten berücksichtigen.
- Die doppelte Degression zum Ausgleich von Mehrmengen muss vollständig aufgehoben werden, wie es die Bayerische Staatsregierung mit ihrem Initiativantrag im Bundesrat (Drucksache 432/12 vom 31. Juli 2012) im vergangenen Jahr gefordert hatte.
- Die Krankenhausplanung auf Landesebene muss stärker den Erfordernissen an die strukturelle Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft mit dem Ziel der Aufrechterhaltung der notfallmedizinischen Versorgung in der Fläche ausgerichtet werden.

Zur Untermauerung und Konkretisierung ihrer Forderungen haben die kommunalen Spitzenverbände folgende Grundsätze beschlossen:

1. Die kreisfreien Städte, Landkreise und Bezirke in Bayern bekennen sich zu ihrer gesetzlichen Verpflichtung, die für ihre Bürger in ihrem Wirkungskreis erforderlichen Krankenhäuser zu errichten und zu unterhalten. Wenn der Sicherstellungsauftrag für die Kommunen weiterhin Bestand haben soll, müssen die dazu notwendigen Rahmenbedingungen durch den Bund und die Länder entsprechend gestaltet werden.
2. Trotz der überaus schwierigen aktuellen Situation mancher Krankenhäuser erachten die kreisfreien Städte, Landkreise und Bezirke in Bayern die Krankenhausversorgung als eine strategische Aufgabe mit großem Zukunftspotenzial. Der Betrieb von Krankenhäusern in der Region stellt eine öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge dar, die sich nicht allein nach ökonomischen Grundsätzen erfüllen lässt.
3. Der Verkauf an private Betreiber bietet bei defizitären Krankenhäusern in der Regel keinen Ausweg. Der Sicherstellungsauftrag verbleibt immer bei den Kommunen. Private Klinikketten müssen ungleich mehr Rendite erwirtschaften als öffentliche Träger. Bei öffentlichen Trägern verbleiben Beiträge der Krankenversicherung und anderer Kostenträger im regionalen Finanzkreislauf. Dies ermöglicht größere Handlungsspielräume, um auf die demografische Entwicklung reagieren zu können.

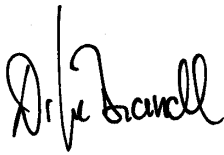
4. Alle politischen Akteure auf Bundes- und Landesebene sind aufgerufen, die nach Versorgungsstufen gegliederte, möglichst wohnortnahe Krankenhausversorgung in Bayern als eigenen Wert anzuerkennen. Sie bietet nicht nur die Möglichkeit, die medizinische Versorgung trotz der befürchteten Schließung vieler Landarztpraxen aufrechtzuerhalten, sondern über die Verzahnung verschiedener Versorgungsstufen sowie von ambulanten und akutstationären Leistungen sogar noch zu optimieren. Regionale Krankenhäuser können in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten über Ärztehäuser und Medizinische Versorgungszentren zukunftsfähige Strukturen entwickeln. Diese Verzahnung muss aber von den örtlichen Akteuren gestaltet werden, um eine überregionale Patientensteuerung zu verhindern.
5. Die kreisfreien Städte, Landkreise und Bezirke in Bayern wollen die Krankenhauslandschaft unter den Bedingungen einer modernen und bezahlbaren medizinischen Versorgung fortentwickeln. Ziel ist eine breit gefächerte und je nach Bedarf spezialisierte stationäre Krankenhausversorgung vor Ort, um einen Ausgleich zwischen den Erfordernissen des medizinischen Fortschritts und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in der Fläche herstellen zu können.
6. Alle Akteure sind aufgerufen, Maßnahmen zu ergreifen, um dem zunehmenden Mangel an Ärzten und Fachkräften in den pflegerischen und medizinisch-technischen Bereichen sowie in den Funktionsbereichen zu begegnen. Bund und Länder müssen die Ausbildungskapazitäten in den entsprechenden Studiengängen und Berufen erhöhen. Zugangsvoraussetzungen müssen überprüft und ggf. abgesenkt werden, um wieder mehr Studenten und Auszubildende zu gewinnen. Lehrinhalte und Abschlüsse müssen harmonisiert werden, um Weiterqualifizierungen und Berufswechsel zu erleichtern. Gerade für die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum müssen zusätzliche Anreize geschaffen werden.
7. Die Aus- und Weiterbildung der Ärzte darf nicht allein am medizinischen Fortschritt ausgerichtet werden. Neben der zunehmenden Spezialisierung müssen in den Hauptdisziplinen der Inneren Medizin und der Chirurgie auch Generalisten ausgebildet werden, die die Basisversorgung in der Notfallmedizin sowie Leistungen der Grund- und Regelversorgung erbringen können. Dazu geeignete Regelungen sind in der Approbationsordnung für Ärzte sowie in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern vorzusehen.
8. Die dualistische Finanzierung der Krankenhäuser, bei der neben den Betriebskosten über die Krankenkassen und anderer Kostenträger die Investitionskosten weitgehend von der öffentlichen Hand getragen werden, ist

beizubehalten. Nur auf diese Weise kann der politische und gesellschaftliche Einfluss auf Strukturentscheidungen gesichert werden, bei denen die Interessen der Bevölkerung in besonderer Weise zu berücksichtigen sind.

9. Die Krankenhausplanung ist als Rahmenplanung beizubehalten. Sie darf nicht in zunehmendem Maße durch spezialisierte Fachprogramme ersetzt werden. Zur Vermeidung von Versorgungslücken insbesondere bei der notfallmedizinischen Versorgung muss die Krankenhausplanung weiterentwickelt werden.
10. Das System der Krankenhausfinanzierung muss als Festpreissystem ausgebaut werden. Der Kontrahierungszwang muss erhalten bleiben, um einen reinen Preiswettbewerb über Selektivverträge seitens der Krankenkassen auszuschließen. Die Vorhaltekosten der Krankenhäuser etwa für Bereitschaftsdienste müssen bei den Fallpauschalen stärker berücksichtigt werden. Die Vergütung der ambulanten Leistungserbringung einschließlich Notfallambulanzen durch Krankenhäuser ist zu verbessern. Ihre Berechnung ist derjenigen für niedergelassene Ärzte gleichzustellen.
11. Die Investitionskostenförderung durch die öffentliche Hand muss allerdings auch umgesetzt werden. Die gemeinsame Finanzierung der Krankenhausförderung durch die Kommunen und den Freistaat hat sich im Bundesvergleich als beispielhaft erwiesen. Leider hat die Investitionsförderung mittlerweile aber auch in Bayern ein Niveau erreicht, das dem medizinischen Fortschritt und den Bedürfnissen der Patienten nicht mehr in vollem Umfang gerecht wird. Im Sinne der Verlässlichkeit für die Kommunen und einer hochwertigen Klinikversorgung sind die Fördermittel zu erhöhen und die Förderrichtlinien den realen Verhältnissen in den Krankenhäusern anzupassen.
12. Die öffentliche Trägerschaft von Krankenhäusern kann im Regelfall nach den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten gut durch kommunale Klinikverbände oder gleichberechtigte Kooperationen mit Einrichtungen anderer Trägerschaft dauerhaft gesichert werden. Dabei ist jeweils darauf zu achten, dass die Besonderheiten der Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge erhalten bleiben.
13. Zur Gewährleistung einer gleichwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung müssen bei der Krankenhausplanung und der Schaffung von Verbundlösungen das Rettungswesen und die ambulante wie stationäre Notfallversorgung mit einbezogen werden. Gleichzeitig muss der Krankenhaussektor flexibilisiert werden; dazu gehören insbesondere die Ermächtigung der Krankenhäuser zur ambulanten Krankenversorgung sowie

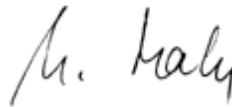
die Schaffung von Möglichkeiten der Vernetzung von Krankenhäusern mit nachsorgenden Einrichtungen wie Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen.

14. Der Krankenhaussektor ist als Teil des Gesundheitsmarktes von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse. Krankenhäuser schaffen und sichern Arbeitsplätze im eigenen Wirkungsbereich. Die Europäische Union und der Bund sind aufgefordert, bei der Weiterentwicklung wettbewerbspolitischer Regularien den Charakter der Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe zu respektieren.



Dr. Uwe Brandl

1. Bürgermeister
Präsident
BAYERISCHER GEMEINDETAG



Dr. Ulrich Maly

Oberbürgermeister
Vorsitzender
BAYERISCHER STÄDTETAG



Jakob Kreidl

Landrat
Präsident
BAYERISCHER LANDKREISTAG



Manfred Hölzlein

Bezirkstagspräsident
Präsident
BAYERISCHER BEZIRKETAG

München, den 9. Oktober 2013