

A16 Eine Gesundheitsversorgung, auf die man sich überall verlassen kann, braucht einen Systemwechsel

Antragsteller*in: Manuela Rottmann (KV Bad Kissingen)

Tagesordnungspunkt: 8 Anträge

Antragstext

1 In Deutschland sind alle Bürger*innen verpflichtet, Mitglied in einer
2 Krankenkasse zu sein. Der Pflicht sich zu versichern, steht jedoch keine
3 verlässlich geregelte, einklagbare Gegenleistung gegenüber und der Träger dieser
4 Pflicht ist als Ansprechpartner weder sichtbar noch erreichbar. Um die
5 Gesundheitsversorgung in der Fläche – insbesondere auf dem Land - verlässlich zu
6 gestalten, fordern wir einen Systemwechsel im Gesundheitswesen.

7 Die medizinische Versorgung auf dem Land ist auf dem Rückzug. Das gilt für die
8 ambulante und für die stationäre Versorgung. Das hat zwei Gründe: Der eine Grund
9 liegt in der demografischen Auseinanderentwicklung der Räume in Deutschland.
10 Während die Ballungsräume stark wachsen und sich verjüngen, geht die Bevölkerung
11 auf dem Land überdurchschnittlich stark zurück, bei steigendem
12 Altersdurchschnitt. Dadurch nimmt vielerorts auch das Angebot an öffentlich
13 bereit gestellter Mobilität ab. Entfernungen werden größer und sind ohne eigenes
14 Auto schwerer zu überwinden.

15 Diese demografische Entwicklung trifft auf eine Finanzierung im
16 Gesundheitswesen, die heute vor allem von der Menge der Leistungen abhängt: Das
17 gilt für die Apotheken, deren Einnahmen ganz überwiegend von der Menge der
18 abgegebenen Medikamente abhängen. Das gilt auch für Krankenhäuser, die darauf
19 angewiesen sind, viele Fallpauschalen mit möglichst hohem Schweregrad
20 abzurechnen und so ein im Voraus mit den Kassen vereinbartes Budget möglichst
21 genau zu treffen. Technisch aufwändige Komplexmedizin wird besser vergütet als
22 die Grund- und Notfallversorgung. Haus- und Fachärzte profitieren überdies
23 davon, möglichst viele Privatpatienten in ihrem Patientenstamm zu halten.
24 Allerdings finden sich Privatpatienten vor allem in den Ballungsräumen. Auf dem
25 Land ist der ältere, das heißt behandlungsintensive, gesetzlich Versicherte der
26 Normalpatient.

27 Wo das Krankenhaus schließt oder sich als privatisiertes Haus auf gut vergütete
28 Medizin beschränkt und aus der Grundversorgung zurück zieht, hat das auch Folgen
29 für die weitere Versorgung: Die Abdeckung des notärztlichen Dienstes wird

30 schwieriger. Vor- und Nachsorgehebammen, die vorher Teilzeit in der
31 Geburtsklinik gearbeitet haben, verschwinden aus der Region. Die Rekrutierung
32 von Praxisnachfolgerinnen und -nachfolgern aus den Krankenhausärztinnen und -
33 ärzten ist nicht mehr möglich. Wenn die Hausarztpraxen schließen, folgen die
34 Apotheken. Vor allem aber: Die Fahrtzeiten zur Akut- und Notfallversorgung
35 werden immer länger, die Kosten und die Belastung der Patientinnen und Patienten
36 durch den Transport steigen.

37 Die fallzahlunabhängige Vorhaltung von Leistungen, d. h. die Tatsache, dass eine
38 Einrichtung einfach vorhanden ist und geöffnet hat, etwa eine Notfallambulanz im
39 Krankenhaus mit der erforderlichen Personalausstattung und Technik, wird nicht
40 vergütet. Ebenso wenig das, was medizinisch überall sinnvoll sein kann, nämlich
41 Gespräche ohne Verordnung. Auch die Überwindung von Entfernungen wird nicht
42 ausreichend finanziert. Hausbesuche sind schlecht vergütet und werden daher
43 immer weniger angeboten. Über die räumliche Lage anderer Angebote, etwa die
44 Verteilung des Bereitschaftsdienstes der Apotheken oder Ort von zentralisierten
45 Bereitschaftspraxen entscheiden die Selbstverwaltungen, also die
46 Apothekerkammern oder die Kassenärztliche Vereinigung. Gesetzlich definiert ist
47 sie nicht.

48 Die aktuelle Gesundheitspolitik im Bund und in Bayern scheitert daran, den
49 Pflichtversicherten auf dem Land ein verlässliches Grundangebot zu
50 gewährleisten. Wenn der Hausarzt keinen Nachfolger findet, wenn die
51 Geburtsklinik schließt, bleiben die Patientinnen und Patienten mit ihren Sorgen
52 alleine. Die nunmehr benannten bundesweit 120 Krankenhäuser, die vom Gemeinsamen
53 Bundesausschuss als bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser identifiziert
54 wurden, erhalten zukünftig aus dem Topf der Krankenkassen einen
55 Sicherstellungszuschlag von 400.000 Euro pro Jahr. Angesichts der
56 Millionendefizite in den meisten Kliniken in Bayern ist klar, dass solche
57 Pauschalbeträge die Standorte nicht langfristig sichern werden. Die bayerische
58 Staatsregierung hat einen sogenannten Rettungsschirm für kleine Krankenhäuser
59 angekündigt: Dort sollen begrenzt auf fünf Jahre bis zu 85 Prozent des Defizits
60 von Kliniken aus Steuermitteln übernommen werden (maximal jedoch eine Million
61 Euro, bei Kooperationen zwei Millionen Euro), unter der Voraussetzung, dass die
62 Krankenhäuser in dieser Zeit ein Konzept entwickeln, wie sie in Zukunft
63 wirtschaftlich werden. Beide Programme stellen jedoch nicht die Systematik der
64 Leistungsfinanzierung durch Fallpauschalen in Frage und auch nicht die
65 unzureichende Investitionsfinanzierung durch den Freistaat, und damit die
66 Ursachen dafür, dass seit Jahren knapp die Hälfte aller bayerischen
67 Krankenhäuser Defizite erwirtschaftet. Gleichzeitig steht mit der Reform der
68 Vergütung der Notfallambulanzen ein weiterer unsystematischer Abbau in der
69 stationären Akutversorgung bevor, vor allem auf dem Land. Denn kleine Häuser
70 werden die nötigen Investitionen in Personal und Ausstattung nicht leisten und
71 auch mit den (zum Glück) wenigen Notfällen in ihrem Einzugsbereich nicht
72 refinanzieren können. Auch die Zahl der Krankenhäuser, die
73 Schlaganfallkomplexbehandlungen abrechnen können, wird drastisch sinken, obwohl

74 die dafür vorgeschriebene Ausstattung nur für eine Minderheit der
75 Schlaganfallpatientinnen und -patienten erforderlich ist, um sie rechtzeitig gut
76 zu versorgen. All diese Menschen werden auf weiter entfernte Zentren mit höherer
77 Ausstattung verwiesen werden. Für die Frage, ob die Rettungsdienste solche
78 weiter entfernt liegenden Zentren dann werden erreichen können, fühlt sich
79 niemand zuständig. Die von Bund und Land verteilten Mittel bekämpfen also
80 allenfalls auf Zeit Symptome. Gleichzeitig schreitet der Abbau von
81 Versorgungskapazität auf dem Land mit großen Schritten voran.

82 Wir Grüne sind der Auffassung, dass wir die Art und Weise der Finanzierung und
83 der Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen grundlegend reformieren müssen.
84 Dass die Politik ihre Verantwortung für ein verlässliches Grundangebot für alle
85 Versicherten in Bayern, egal wo sie leben, endlich wahrnehmen muss, anstatt
86 Placebos zu verteilen.

87 Für eine verlässliche Gesundheitsversorgung vor Ort braucht Bayern eine
88 brauchbare planerische Grundlage – eine Krankenhausplanung, die Erreichbarkeit,
89 Qualität und Effizienz etwa durch verbindliche Vorgaben für die Ausstattung und
90 die Öffnungszeiten von Notfallambulanzen räumlich definiert und durchsetzt und
91 die regionale Versorgung nicht dem Zufall der Leistungsfähigkeit und
92 Leistungsbereitschaft des jeweiligen Krankenhausträgers überlässt. Die Frage,
93 wie Patientinnen und Patienten zu ihrer Versorgung kommen, darf nicht länger ihr
94 Privatproblem bleiben – gerade in Bayern, wo das Nahverkehrsangebot gerade in
95 der Fläche bundesweit besonders schlecht ist.

96 Für eine verlässliche Gesundheitsversorgung vor Ort muss die
97 Leistungsfinanzierung umgestellt werden. Planerisch definierte
98 Vorhalteleistungen müssen ausreichend aus dem Budget der Krankenkassen
99 finanziert werden. Es kann nicht sein, dass bundesweit kaum eine Kinderklinik
100 kostendeckend arbeiten kann. Es kann nicht sein, dass Krankenhäuser dazu
101 gedrängt werden, unnötige, aber gut finanzierte Operationen durchzuführen, um
102 aus den Erträgen die Geburtsklinik oder die Öffnungszeiten der Notaufnahme
103 finanzieren zu können. Und es kann nicht sein, dass die wohnortnahe Versorgung
104 davon abhängt, wie das Steueraufkommen vor Ort ist, obwohl die Versicherten
105 überall dieselben Beitragspflichten haben. Gerade in strukturschwachen Regionen
106 ist das örtliche Steueraufkommen oft so niedrig, dass Kommunen besonders große
107 Schwierigkeiten haben, die Defizite aus der Aufrechterhaltung der schlecht
108 vergüteten Grund- und Akutversorgung zu tragen. Gerade dort, wo niedergelassene
109 Ärztinnen und Ärzte fehlen, fällt es den Kommunen oft besonders schwer, mit
110 eigenen Investitionen in Ärztehäuser diese Lücke zu füllen.

111 Um den ländlichen Raum nicht in den absehbaren Ärztemangel laufen zu lassen,
112 müssen jetzt durch den Bund realistische Bedarfswahlen festgesetzt werden, die
113 das Alter der noch praktizierenden Ärztinnen und Ärzte bei der Zulassung neuer
114 Arztsitze und die tatsächlichen Bedarfe durch eine vor allem auf dem Land älter

115 werdende Bevölkerung und den gestiegenen Untersuchungs-, Impf- und
116 Behandlungsbedarf von Kindern berücksichtigen.

117 Schließlich wollen wir die organisierte Unverantwortlichkeit im
118 Gesundheitssystem beenden, indem wir die Entscheidungen über die Grundversorgung
119 in einer Region wieder zu den Menschen und zu den von ihnen gewählten kommunalen
120 Vertretern bringen. Wir wollen die Landkreise aus der Rolle der faktisch
121 hilflosen Träger der Gewährleistungsverantwortung für die stationäre Versorgung
122 befreien: Heute sind die Landkreise entweder dazu verdammt, die durch
123 Entscheidungen auf Bundesebene entstehenden Defizite auszugleichen, um die
124 Grund- und Akutversorgung in ihrem Landkreis zu retten, oder – wo die
125 Krankenhäuser privatisiert sind – haben sie überhaupt keine
126 Handlungsmöglichkeiten mehr. Wir wollen Gesundheitsregionen schaffen, in denen
127 Selbstverwaltung, Krankenkassen und zuständige Kommunen an einem Tisch sitzen
128 und gemeinsam die Grundversorgung gestalten und dafür auch Mittel von den Kassen
129 erhalten. Vor Ort, nah bei den Menschen können demokratisch legitimierte
130 Vertreter der Bevölkerung die Verantwortung für die Gestaltung der
131 Grundversorgung innerhalb des bundes- und landesplanerisch vorgegebenen Rahmens
132 am besten wahrnehmen. Vor Ort ist klar, wo die Nahverkehrsverbindungen
133 ausreichend sind und wo die Mobilität der Patientinnen und Patienten zum Arzt
134 auf andere Weise sichergestellt werden muss. Vor Ort ist auch die nötige
135 Verzahnung mit den Rettungsdiensten und anderen Mobilitätsangeboten möglich, für
136 die Bund und Land derzeit keine Verantwortung übernehmen.

- 137 1. Die Versorgung wollen wir aus der Sicht der Patientinnen und Patienten
138 planen: Dazu wollen wir **bundesgesetzlich festschreiben, welche**
139 **Maximalentfernungen vom Wohnort für die Grund- und Akutversorgung in der**
140 **Regel und im ganzen Land einzuhalten sind.** Jeder Versicherte muss sich
141 darauf verlassen können, dass eine Schlaganfallversorgung für ihn oder sie
142 rechtzeitig erreichbar ist, egal ob er im Ballungsraum wohnt oder auf dem
143 Land.
- 144 2. Die wohnortnahe Bereitstellung von stationärer Grund- und Akutversorgung
145 ist im System der Fallpauschalen nicht kostendeckend möglich. Gleichzeitig
146 setzt dieses System zu viele Fehlanreize und führt so zu
147 Mittelverschwendung. Es unterstützt die weitere Privatisierung des
148 Gesundheitswesens und benachteiligt öffentliche Träger, die sich der
149 Daseinsvorsorge für die Bevölkerung verpflichtet fühlen. **Wir wollen**
150 **stattdessen eine Finanzierung der Leistungen durch die Krankenkassen, die**
151 **auch die Vorhaltung der stationären Grund- und Akutversorgung in der**
152 **Fläche auskömmlich finanziert und Budgetgrenzen überwindet.** Die
153 systematische Unterfinanzierung von Notfallambulanzen, Geburtskliniken und
154 Grundversorgungsabteilungen und der Zwang zur Quersubventionierung durch
155 hochtechnisierte, elektive Medizin müssen beendet werden. Wir wollen eine
156 Leistungsfinanzierung, die es wieder erlaubt, das medizinisch Notwendige
157 zu verordnen, und nicht vorwiegend das Abrechenbare. **Der ländliche Raum**

- 158 **soll dabei eine Vorreiterrolle für eine neue Abrechnungssystematik und**
159 **eine finanzielle Verknüpfung von ambulanter und stationärer Versorgung**
160 **übernehmen.**
- 161 3. Wir wollen **eine verbindliche Krankenhausplanung durch den Freistaat**
162 **Bayern**, die die nach dem bundesgesetzlichen Mindestversorgungsstandard
163 notwendigen Kapazitäten für die Grund- und Akutversorgung in der Fläche
164 definiert. Der Krankenhausplan muss das verbindliche Versorgungsprogramm
165 enthalten, auf das sich die Versicherten überall in Bayern verlassen
166 können.
- 167 4. Wir wollen, dass **der Freistaat Bayern die Investitionsbedarfe der im**
168 **Krankenhausplan vorgesehenen Krankenhäuser vollständig aus Steuermitteln**
169 **finanziert.** Nach jahrelangen Kürzungen ist der Investitionsstau enorm. Die
170 hierfür vorgesehenen Mittelserhöhungen sind nicht ausreichend. Wenn ein
171 erheblicher Teil der bayerischen Krankenhäuser dauerhaft Defizite
172 schreibt, so liegt dies auch daran, dass die Krankenhäuser gezwungen sind,
173 Eigenmittel zu investieren, die eigentlich für die Versorgung der
174 Patientinnen und Patienten vorgesehen sind. Investitionsmittel sind heute
175 in Bayern zu gering, und sie werden nicht nach planerischen Kriterien,
176 sondern mit der Gießkanne verteilt.
- 177 5. Die Schließung von Krankenhäusern oder einzelnen Abteilungen darf nicht
178 mehr allein davon abhängig gemacht werden, ob der zuständige Träger weiter
179 finanziell in der Lage und willens ist, das Angebot aufrecht zu erhalten.
180 **Wir wollen, dass das Land am Maßstab der verbindlichen Krankenhausplanung**
181 **vorab prüft, ob das zur Disposition stehende Angebot aus Sicht der**
182 **Patientinnen und Patienten verzichtbar oder ersetzbar ist durch ein**
183 **Angebot an anderer Stelle oder in einer anderen Versorgungsstufe.** Dabei
184 ist auch zu prüfen, ob die Kapazitäten in anderen, erreichbaren
185 Krankenhäusern ausreichen, um die von der Schließung betroffene
186 Bevölkerung mitzuversorgen.
- 187 6. Im niedergelassenen Bereich wollen wir, dass der Bund zügig **die**
188 **Bedarfsermittlung für Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte an die**
189 **Wirklichkeit anpasst.** Die reale Bevölkerungszusammensetzung und -
190 entwicklung sowie das tatsächliche Alter der bereits niedergelassenen
191 Ärztinnen und Ärzte müssen dabei berücksichtigt werden. So wollen wir
192 verhindern, dass Regionen weiterhin für Neuzulassungen gesperrt werden, in
193 denen ein Versorgungsmangel tatsächlich bereits besteht oder absehbar ist.
- 194 7. Wir wollen die **unterschiedliche Vergütung von Leistungen für privat und**
195 **gesetzlich Versicherte durch den Wechsel zu einer Bürgerversicherung für**
196 **alle beenden.** Denn die unterschiedliche Vergütung fördert die Abwanderung
197 des Angebots aus der Fläche.

- 198 8. Wir wollen, dass verlässliche Vorgaben für die Versorgungsstandards und
199 eine ausreichende Finanzierung durch Bund und Land einhergehen mit einer
200 **Stärkung der Rolle der Kommunen für die Umsetzung der verlässlichen**
201 **Versorgung für ihre Bevölkerung vor Ort.** Mittelfristig wollen wir die
202 flächendeckende **Gründung von echten Gesundheitsregionen**, in denen die
203 zuständige kommunale Ebene, die Krankenkassen und die Selbstverwaltung der
204 Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie weiterer
205 medizinischer Berufe in enger Verzahnung mit weiteren Akteuren wie den
206 Rettungszweckverbänden die regionale Sicherstellung des
207 Mindestversorgungsstandards gemeinsam verabreden. Dazu muss die zuständige
208 kommunale Ebene die erforderliche dauerhafte Ausstattung mit kompetentem
209 Personal erhalten. Aus den Versicherungsbeiträgen müssen insbesondere
210 ländlichen Gesundheitsregionen Mittel zur selbständigen Schließung von
211 Versorgungslücken zur Verfügung gestellt werden. Wenn die
212 Sicherstellungsverantwortung für die ambulante Versorgung von den heute
213 zuständigen Selbstverwaltungen nicht wahrgenommen wird, muss die
214 Zuständigkeit auf die Gesundheitsregionen übergehen.
- 215 9. Qualitätsmessungen auf Bundesebene für Krankenhäuser, die nur die
216 Versorgungsqualität ab der Krankenhausschwelle einbeziehen, ignorieren die
217 Risiken, die für Patientinnen und Patienten durch immer weitere Wege
218 entstehen. Eine top ausgestattete Abteilung, die oft nur für einen
219 geringen Teil der Fälle erforderlich ist, nützt den Patientinnen und
220 Patienten nichts, wenn sie diese nicht mehr rechtzeitig erreichen können.
221 Wir fordern, dass die **Nachteile aus schlechterer Erreichbarkeit und**
222 **Aufwand und Belastung aus Transport und Verlegung von Patientinnen und**
223 **Patienten mit in die Qualitätsbewertung einbezogen** werden.
224 Versorgungsstandards, die nur für einen geringen Anteil der Menschen einer
225 bestimmten Diagnose erforderlich sind, dürfen nicht zur Voraussetzung für
226 die Vergütung sämtlicher Diagnosen für Menschen mit dieser Diagnose
227 definiert werden.

Unterstützer*innen

Ekin Deligöz MdB (KV Neu-Ulm), Stefan Wagener (KV Aschaffenburg), Beate Walter-Rosenheimer MdB (Kreisverband Fürstenfeldbruck), Erhard Grundl MdB (KV Passau Land), Matthias Lewin (KV Haßberge), Christina Haubrich MdL (KV Aichach-Friedberg), Stefan Schmidt MdB (Kreisverband Regensburg-Stadt), Claudia Köhler MdL (KV München), Barbara Fuchs MdL (KV Fürth), Andreas Krahl MdL (KV Altötting), Matthias Mittag (KV Regensburg), Katharina Wittig (KV München), Harald Lenz (KV Günzburg), Thomas Gehring MdL (KV Oberallgäu), Fabian Hamak (KV Bad Kissingen), Tobias Eichelbrönnner (KV Bad Kissingen), Stefan Lada-Themann (KV Kelheim), Bettina Hauser (KV Fürstenfeldbruck), Nicolas Kahl (KV Nürnberg), Mike Bock (KV Nürnberg), Doris Kubista (KV München), Markus Kubista (KV München), Constantin Jahn (KV München),

Dagmar Günther (KV Kelheim), Felix Groß (KV Garmisch-Partenkirchen), Christoph Braun (KV München), Marcel Kunz (KV Fürstfeldbruck), Norbert Waibel (KV München), Markus Heurung (KV Bad Kissingen), Birgit Reder-Zirkelbach (KV Rhön-Grabfeld), Christoph Appel (KV Haßberge), Petra Winter (KV Bad Kissingen), Martin Mühleck (KV Bad Kissingen), Monika Horcher (KV Bad Kissingen), Hans-Jürgen Traussneck (KV Haßberge), Johannes Jessenberger (KV Rhön-Grabfeld), Martin Eisenmann (KV Bad Kissingen), Claudia Dünninger (KV Haßberge)