



12 Punkte für eine gute und umfassende Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg

Das baden-württembergische Gesundheitssystem hat in den Wochen und Monaten ab März 2020 seine Belastbarkeit gezeigt und sich bewährt. Neben dem bereits vorhandenen Weiterentwicklungsbedarf hat auch die Corona-Pandemie aufgezeigt, an welchen Stellen dringend nachgesteuert werden muss und wo Veränderungen notwendig sind. Einen großen Teil des Ausgleichs für staatliche Mehrausgaben im Bereich Gesundheit und Pflege in der Corona-Krise zum Beispiel für die Ausgleichzahlungen für Mindereinnahmen der Krankenhäuser, die Mehrausgaben für die persönliche Schutzausstattung des Personals oder die präventiven Testungen haben die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Pflegeversicherung aufgefangen. Die Kassen der privat Versicherten leisten keinen adäquaten Beitrag. Das macht noch einmal deutlich, dass wir nicht nachlassen dürfen, eine umfassende Reform der gesetzlichen und privaten Kranken- und Pflegeversicherung in Richtung des Modells einer Bürgerversicherung zu fordern – nicht als „Einheitskasse“, sondern unter Beibehaltung unterschiedlicher Anbieter. Dabei geht es uns nicht darum, Privilegien zu streichen, sondern den Kreis der Solidargemeinschaft zu vergrößern und gleiche Rechte und gleiche Verpflichtungen für alle in Deutschland Versicherten durchzusetzen.

Folgende Leitlinien für eine gezielte, zukunftsfähige und zeitnahe Ausgestaltung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg sind uns wichtig:

Wir wollen...

1. ...eine zukunftsfähige Krankenhauslandschaft gestalten!

Sowohl die Spitzenmedizin als auch die stationäre Grundversorgung der Bevölkerung in gut ausgestatteten, zukunftsfähigen Krankenhäusern ist für uns eine unverzichtbare öffentliche Aufgabe und braucht medizinisch zukunftsfähige und wirtschaftlich tragfähige Konzepte. Den Trend zunehmender Privatisierung von Krankenhäusern sehen wir

kritisch. Wir setzen uns für eine auskömmliche Finanzierung der notwendigen Krankenhausinvestitionskosten¹ durch das Land– ohne Restkosten für Stadt- und Landkreise – und eine umfassende Betriebskostenfinanzierung² über das Bundesrecht ein.

Für versorgungsrelevante Krankenhäuser mit geringer Auslastung in der Grundversorgung fordern wir angemessene Sicherstellungszuschläge³. Wir bringen uns weiterhin in die Diskussion um einen für Baden-Württemberg fairen Landesbasisfallwert⁴ ein, der die gegenüber vielen anderen Ländern hohen Personalkosten und Tariflöhne korrekt abbildet.

2. ...regional abgestimmte Krankenhausstandorte umsetzen!

Unsere Krankenhausplanung⁵ ist regional abgestimmt, damit alle Menschen in Baden-Württemberg in Notfällen unabhängig von ihrem Wohnort schnellstmöglich das für ihr Behandlungserfordernis richtige Krankenhaus erreichen können! Wir stehen für eine flächendeckende Grundversorgung in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe, spezialisierte Kliniken für schwerere Notfälle wie Schlaganfälle, Herzinfarkte sowie komplizierte Behandlungen und gut vernetzte Uni-Kliniken, an denen aktuelle Forschung betrieben und innovative Behandlungsansätze vorangetrieben werden.

3. ...Qualität sichern und innovative Versorgungsformen umsetzen!

Eine dem technologischen Fortschritt und den personellen Qualifikationen folgende Entwicklung braucht eine medizinisch sinnvolle Spezialisierung. Zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung und zur Vermeidung von Versorgungslücken fördern wir alternative (ambulante) Versorgungsangebote wie Medizinische Versorgungszentren⁶ kombiniert mit Notarztstandorten und etablieren innovative Versorgungsstrukturen (z.B. Ärztezentren). Wir sehen die Verantwortlichkeit der öffentlichen Hand, Veränderungsprozesse im stationären und ambulanten Bereich sorgfältig zu planen und stehen für eine transparente Information sowie das frühzeitige Miteinbeziehen (von Kommunen, Bürgern vor Ort, Mitarbeitenden sowie Personal-/Betriebsräten etc.) in Dialogprozesse.

4. ...die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Versorgungsplanung fördern!

Wir setzen uns dafür ein, dass alle Handlungsfelder und Ebenen der gesundheitlichen Versorgung gemeinsam betrachtet, gestaltet und sinnvoll verzahnt werden, beginnend bei einer gezielten Gesundheitsförderung und Prävention über eine umfassende ambulante und stationäre Versorgung, eine schnelle Notfallbehandlung, eine rund um die Uhr gewährleistete Notdienstorganisation, eine gesicherte Arzneimittelversorgung, eine gesundheitsfördernde Nachsorge und Rehabilitation, gute und erreichbare soziale und kommunale Angebote bis hin zu qualitativ hochwertiger Pflege und Palliativversorgung. Unser Ziel dabei ist eine umfassende, gut vernetzte, sektorenübergreifende gesundheitliche Versorgung für alle.

5. ...die Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser weiterentwickeln!

Wir sehen die dringende Notwendigkeit zur Weiterentwicklung und Optimierung der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser. Gemeinsam mit Expertinnen und Experten wollen wir daher Überlegungen zu einer „planbettenbezogenen Grundfinanzierung“ diskutieren und die für die Abrechnung der Krankenhäuser mit den Krankenkassen entwickelten Fallpauschalen⁷ wohlbedacht überarbeiten, damit falsche Finanzierungsanreize für bestimmte Behandlungsformen wegfallen und wir zu einer sachgerechten und auskömmlichen Finanzierung der notwendigen am Patientenwohl orientierten Leistungen einschließlich der Kosten für die Pflege kommen. Die Liegezeiten im Krankenhaus müssen sich am individuellen Gesundheitsstatus der Patienten und an den Möglichkeiten bzw. der Verfügbarkeit einer im Anschluss an die Akutbehandlung folgenden Rehabilitation, einer (Kurzzeit-) Pflege oder der ambulanten häuslichen Pflege orientieren.

6. ...gut auf zukünftige Krisen vorbereitet sein!

Wir setzen uns für eine intensive Aufarbeitung der Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie ein, um kluge und umfassende Maßnahmen der Krisenbewältigung zu etablieren. Wir fordern eine sinnvolle Planung und Finanzierung notwendiger Reservebetten, ausreichend vorgehaltene Intensiv- und Beatmungsplätze und zuverlässige Vereinbarungen mit Krankenhäusern der „Zweiten Linie“⁸, insbesondere den Reha-Kliniken, die not-

falls in die Akutbehandlung einbezogen werden können. Entgelte für Reserven für plötzlich auftretende hohe Zahlen von Erkrankten oder Verletzten wollen wir zukünftig in der Krankenhausfinanzierung abbilden.

Eine verlässliche Produktion, Logistik und Versorgung mit Schutzausstattung, Desinfektionsmittel, Medikamenten und Wirk- und Impfstoffen muss entsprechend der jeweiligen Erfordernisse für eine ständige Verfügbarkeit im Land, auf Bundesebene oder im europäischen Raum erfolgen.

7. ...die Digitalisierung sinnvoll voranbringen!

Zusätzlich zum direkten Arzt-Patienten-Kontakt sind digitale und telemedizinische Methoden als Ergänzung hilfreich, um Behandlungserfolge zu steigern, die Notfallambulanzen von Krankenhäusern zu entlasten und auch räumliche Distanzen zu überbrücken. Wir setzen uns dafür ein, dass Baden-Württemberg bezüglich der Digitalisierung in der Medizin⁹ im internationalen Vergleich den Anschluss an die Spitzengruppe findet sowie im Vergleich zu den anderen Bundesländern die Führung behält und ausbaut. Wir fordern die angemessene Landesmittel¹⁰ für ein dringend notwendiges Digitalisierungsprogramm für Krankenhäuser und ihre Verbindungen in den ambulanten Bereich. Dabei ist uns die Datensicherheit äußerst wichtig, die Diskussion darüber darf aber nicht zum Bremsklotz werden.

8. ...eine angemessene und zuverlässige Notfallversorgung gewährleisten!

Wir stehen für eine stationäre Notfallversorgung auf höchstem Niveau und setzen uns dafür ein, dass diese vorrangig in Krankenhäusern oberhalb der Grundversorgung mit einer Zentralen Notaufnahme einschließlich Radiologie und Stroke-Unit (Zentrum zur Erstbehandlung von Schlaganfallpatienten) erfolgt. Dabei stellen wir Erstversorgung und Transport von hoher Qualität durch eine ausgebaute und vernetzte Leitstellenlandschaft, optimierte Prozesse der Notfallversorgung sowie einen schnell verfügbaren Rettungsdienst und ergänzend eine jederzeit einsatzbereite Luftrettung¹¹ sicher. Hierfür setzen wir längst fällige gesetzliche Neuerungen¹² zu Ausbau und Optimierung schnellstmöglich um.

9. ...die hausärztliche Versorgung sichern!

Wir sorgen für die Sicherung der hausärztlichen Versorgung und dafür, dass für in den Ruhestand gehende Hausärztinnen und Hausärzte (insbesondere in ländlichen Regionen) eine Nachfolge gefunden wird. Daher stehen wir für ein umfassendes Handlungsprogramm¹³ bestehend aus verschiedenen Bausteinen, welches sowohl das Medizinstudium in den Blick nimmt als auch die Stellung der Allgemeinmedizin insgesamt verbessert. Wir fördern Maßnahmen, wie z.B. finanzielle Anreize (Niederlassungszuschüsse) in unterversorgten Regionen oder eine Ergänzung der klassischen Form der Einzelpraxis im ländlichen Raum (Ärztelhäuser, medizinische Versorgungszentren, Praxis- oder Berufsausübungsgemeinschaften etc.).

Singuläre Ansätze wie die Landarztquote beim Zulassungsverfahren fürs Medizinstudium lehnen wir gemeinsam mit führenden Gesundheitswissenschaftlern ab: Erstens können Abiturientinnen und Abiturienten noch nicht einschätzen, wie ihre Lebenssituation nach sechs Jahren Studium und acht Jahren Facharztweiterbildung sein wird. Zweitens bekommt ein Medizinstudienplatz damit einen Preis und wohlhabende Eltern werden eine mögliche Strafzahlung mit den Kosten eines Studienplatzes an einer privaten Universität z.B. im Ausland vergleichen. Drittens wird die Allgemeinmedizin im ländlichen Raum damit als unattraktiv dargestellt – als zweitbeste Wahl. Und viertens, brauchen wir die Landärzte jetzt und nicht erst in 14 Jahren.

10. ...die Verantwortung für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige, und wirtschaftliche pflegerische Versorgungsstruktur übernehmen!

Wir setzen uns dafür ein, dass das Land wieder Verantwortung für die Pflegeplanung¹⁴ übernimmt. Insbesondere stationäre Angebote nach einer Krankenhausentlassung in der Kurzzeitpflege, Tagespflegeangebote und besondere Hilfen für Demenzerkrankte müssen bedarfsgerecht zur Verfügung gestellt werden. Die Arbeitsbedingungen in der Altenpflege und auch die Entlohnung müssen sich verbessern, damit genügend Personal zur Verfügung steht. Die zusätzlichen Kosten¹⁵ dürfen dabei nicht den Pflegebedürftigen oder ihren Angehörigen überlassen werden.

11. ...Angebote für ambulante und stationäre Pflege bedarfsgerecht ausbauen und ein gutes Verhältnis zwischen ambulant und stationär schaffen!

Kurzzeit- und Tagespflegeplätzen in Baden-Württemberg müssen ausgebaut werden, damit Menschen länger zuhause in ihrer vertrauten Umgebung leben können, wenn sie das wünschen. Dafür fordern wir ein Investitionsprogramm des Landes. Gleichzeitig herrscht in einigen Regionen Baden-Württembergs ein Mangel an dringend benötigten stationären Pflegeplätzen. Wir setzen uns dafür ein, dass ambulante Pflegeangebote regional und bedarfsgerecht ausgebaut und die Übergänge zwischen den jeweiligen Hilfen gut gestaltet werden. Wir fördern zudem die Entwicklung neuer Wohnformen, wie selbstverwaltete oder von freien Trägern organisierte Pflegewohngemeinschaften.

12. ...die Ausbildung in den medizinischen Fachberufen und der Pflege verbessern!

Wir setzen uns dafür ein, dass die Ausbildungsbedingungen für medizinische Fachberufe und die Pflege verbessert werden. Dazu gehören für uns u.a. gute Umsetzung der Pflegeberufereform, eine schnellstmögliche Umsetzung der Schulgeldfreiheit für die Physiotherapie- und Logopädieausbildung, das Umsetzen der Akademisierung – auch, aber nicht nur für die Hebammen, eine Unterstützung der bisherigen Ausbildungsstätten in der Altenpflege dahingehend, dass sie auch in der neuen Struktur der generalistischen Ausbildung ihre Ausbildungskapazitäten erhalten oder sogar ausbauen können.

September 2020

¹ Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wurde in Deutschland am 1. Januar 1972 das Prinzip der „**dualen Krankenhausfinanzierung**“ beschlossen, eine Aufteilung der Finanzierung zwischen den Bundesländern und den gesetzlichen Krankenkassen. Die Bundesländer sind dabei für die **Investitionskosten** zuständig, wie z. B. Neubauten oder neue Geräte. Indirekt beeinflussen damit die Länder, wo Krankenhäuser neu gebaut, erweitert oder auch geschlossen werden. Die Entscheidung darüber trifft jedoch der zuständige (kommunale, gemeinnützige oder private) Träger des jeweiligen Krankenhauses.

² Die **Betriebskosten** der Krankenhäuser beinhalten alle Kosten, die durch die Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen. Dazu zählen z.B. die Gehälter der Mitarbeiter, die Personalausstattung, die Notfallvergütung sowie Vergütung von Hochkostenfällen. Die im Landeskrankenhausplan der Bundesländer aufgenommenen Krankenhäuser verhandeln jährlich ihr Jahresbudget für voll- und teilstationäre Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen, die aufgrund der „dualen Krankenhausfinanzierung“ für die Übernahme der Betriebskosten zuständig sind.

³ In Regionen mit geringem Versorgungsbedarf können sich Krankenhäuser teilweise nicht kostendeckend anhand der Fallpauschalen finanzieren, da sie zu wenige Patientinnen und Patienten behandeln. Dadurch kann es zu einer Gefährdung der Vorhaltung von für die Basisversorgung relevanten Leistungen kommen. Vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden dann **Sicherstellungszuschläge** von jeweils 400.000 Euro an die betreffenden Krankenhäuser gezahlt, wenn bei deren Schließung die flächendeckende Versorgung in der betreffenden Region gefährdet wäre, da kein anderes geeignetes Krankenhaus die Versorgung übernehmen kann. In Baden-Württemberg erhält momentan lediglich das Neckar Odenwald Klinikum am Standort Buchen den Sicherstellungszuschlag.

⁴ Auf Grundlage des in jedem Bundesland einheitlichen **Landesbasisfallwerts** werden jährlich die Kosten berechnet, die den Krankenhäusern für voll- und teilstationäre Leistungen von den Krankenkassen erstatten werden. Die unterschiedlichen Landesbasisfallwerte der Bundesländer wurden in den letzten Jahren in mehreren Schritten an einen landesweiten Basisfallwert (Bundesbasisfallwert) angeglichen.

⁵ Siehe „**Positionspapier zur Krankenhausplanung in Baden-Württemberg**“ der SPD-Landtagsfraktion, Stand August 2020

⁶ In **Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)** arbeiten mehrere Ärztinnen und Ärzte ambulant entweder fachübergreifend oder aber arztgruppengleich gemeinsam unter einem Dach. Solche rechtlich verselbständigten Versorgungseinrichtungen bieten z.B. die Möglichkeit der umfassenden Versorgung aus einer Hand und der Vernetzung aller an der Behandlung Beteiligten. Neben Krankenhäusern oder privaten Praxisnetzen können z.B. auch Kommunen MVZs gründen und damit aktiv an einer Verbesserung der Versorgung in ihrer Region beitragen.

⁷ Mit den **Fallpauschalen** bzw. „Diagnosis Related Groups“ (**DRG**) rechnen die Krankenhäuser die Behandlung einer genau definierten Erkrankung mit den Krankenkassen ab. Für jede Krankheit ist in diesen DRGs die typische Zahl von Behandlungstagen in einer Pauschale festgehalten. Unabhängig von der tatsächlichen Dauer des Aufenthalts der Patienten wird demnach für die gleiche Krankheit unter Berücksichtigung von Nebendiagnosen, Komplikationen oder dem Alter immer dieselbe Pauschale abgerechnet. Bei deutlich längerer oder kürzerer Behandlungszeit gibt es Zu- oder Abschläge auf die Fallpauschalen.

⁸ Im Gegensatz zu den Krankenhäusern „Erster Linie“, die der akuten Krankheitsbehandlung dienen, sind in diesem Fall mit Krankenhäusern der „Zweiten Linie“ Einrichtungen zur Vorsorge und Rehabilitation gemeint, z.B. Rehabilitationseinrichtungen für die Anschlussheilbehandlung nach einem stationären Krankenhausaufenthalt.

⁹ Siehe Antrag der Abgeordneten Rainer Hinderer u. a. SPD, „Umsetzung der Strategie „Digitalisierung in Medizin und Pflege“ in Baden-Württemberg“ (Drucksache 16/5148, 14. November 2018)

¹⁰ Siehe Änderungsantrag der SPD für den Staatshaushaltsplan 2018/2019 bezüglich eines Sonderprogramms Digitalisierung an den Krankenhäusern über eine Gesamtsumme von 100 Mio. Euro, der abgelehnt wurde (siehe Drucksache 16/7209).

¹¹ Siehe aktuelles Gutachten „Struktur- und Bedarfsanalyse der Luftrettung in Baden-Württemberg“ (05/2020, Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) Klinikum der Universität München) und z.B. der darin enthaltenen Empfehlung, für die Luftrettung in Baden-Württemberg, „tagsüber zehn anstelle von bislang acht Luftrettungsmittel zu besetzen“ (Seite 3).

¹² Seitdem Minister Strobl in seiner Rede anlässlich der Aktuellen Debatte am 31. Januar 2018 ausführte, welche Optimierungsprozesse er u.a. auch für die Leitstellenlandschaft in Baden-Württemberg sehen würde, hat die Lenkungsgruppe Leitstellenstruktur in Baden-Württemberg ein Eckpunktepapier verabschiedet, die angekündigten „gesetzlichen Neuerungen“ und die Umsetzung des Eckpunktepapiers lassen allerdings auf sich warten.

¹³ Siehe Positionspapier „10-Punkte-Plan für mehr Landärzte“ der SPD-Landtagsfraktion (März 2017)

¹⁴ Siehe Positionspapier „Aktuelle Herausforderungen in der Altenpflege in Baden-Württemberg“ der SPD-Landtagsfraktion (März 2019)

¹⁵ Aktuelles Beispiel: Baden-Württemberg liegt mittlerweile mit 2354 Euro Eigenanteil für Pflegebedürftige in einer stationären Einrichtung unter den Spitzenreitern auf Platz 2 im bundesweiten Vergleich (Tagesschau vom 31.07.2020: „Eigenanteil in der Pflege steigt weiter“)