

A1 „Saarland muss neue Krankenhausplanung auflegen“

Antragsteller*in: Sigrun Krack

Tagesordnungspunkt: 5 Anträge

Antragstext

1 Der LPT fordert die Landesregierung auf

2 1. Eine neue Krankenhausplanung aufzulegen mit dem Ziel, in jedem Landkreis
3 mindestens einen Krankenhausstandort zu erhalten und diesen entsprechend
4 auszustatten. Im Regionalverband sollen entsprechend der Bevölkerungszahl
5 mehrere Standorte erhalten bleiben. Ergänzend dazu sollen weitere
6 ambulante medizinische Versorgungszentren aufgebaut werden.

7 2. In den nächsten Jahren mindestens 100 Mio. € jährlich für die
8 Investitionsförderung in den Krankenhäusern bereit zu stellen.

9 3. Die Förderquote bei Investitionen in Krankenhäusern auf mindestens 90% zu
10 erhöhen.

11 4. Das Förderverfahren zu vereinfachen.

12 Begründung:

13 Die Reformen, die Bundesgesundheitsminister Lauterbach für die
14 Krankenhausfinanzierung vorgeschlagen hat, gehen grundsätzlich in die richtige
15 Richtung, lösen aber allein das Problem der saarländischen Krankenhäuser nicht.
16 Die meisten dieser Häuser arbeiten bereits seit Jahren defizitär und sind
17 überschuldet. Bereits vor der COVID 19 Pandemie haben Expert*innen den
18 Investitionsstau in der saarländischen Krankenhauslandschaft auf 1,5 Milliarden
19 € geschätzt. Berücksichtigt man die Baukostenentwicklung, kann man heute von 2 –
20 2,5 Mrd. € ausgehen.

21 Laut Krankenhausfinanzierungsgesetz ist das Land für die Finanzierung der
22 Investitionen verantwortlich, dieser gesetzlichen Verpflichtung wird das Land
23 seit Jahrzehnten nicht gerecht. Unter der CDU-Vorgängerregierung wurde ein
24 Sondervermögen aufgelegt, um den baulichen Investitionsstau an den
25 saarländischen Krankenhäusern abzubauen. Obwohl die Zuweisungen des Landes (2022
26 und 2023 jeweils 20 Mio. €) in dieses Sondervermögen viel zu gering sind, wächst
27 dieses stetig an, von 95 Millionen Ende 2020 auf ca. 122 Mio. € Ende 2022.

28 Die Ursache darin, dass die saarländischen Krankenhäuser nicht mehr Mittel aus
29 diesem Sondervermögen abrufen, hängt zum einen mit der zu geringen Förderquote
30 von ca. 70% zusammen. Die Krankenhäuser haben einfach die Mittel nicht, die
31 restlichen 30% für Investitionen aufzubringen. Zum anderen ist der
32 Planungsaufwand, um einen Förderantrag zu stellen, extrem hoch.

33 Auch die Fördermittel für kurzfristige Anlagegüter wie z.B. Medizintechnik und
34 IT-Ausstattung sind mit rund 12 Mio. € im Jahr (Haushaltsplan 2023) viel zu
35 gering, somit arbeiten sämtliche saarländischen Krankenhäuser bereits heute mit
36 teilweise überalterter Medizintechnik.

37 Aufgrund der alten baulichen Strukturen und der zu veralteten Ausstattung
38 entstehen sehr hohe Instandhaltungs- und Energiekosten, die einen wesentlichen

39 Beitrag zur defizitären Situation der saarländischen Krankenhäuser leisten. Da
40 die Träger diese Defizite nicht auf Dauer abdecken können, sind neben dem
41 evangelischen Krankenhaus in Saarbrücken und dem St. Josefs-Krankenhaus in
42 Dudweiler weitere Krankenhausschließungen zu befürchten.

43 Aufgrund einer fehlenden strukturellen Krankenhausplanung, die bedarfsorientiert
44 die Betten in den Einrichtungen festlegt, hat das Saarland gegenüber dem
45 Bundesdurchschnitt fast 1.000 Klinikbetten zu viel. Berücksichtigt man die
46 Entwicklung in der Medizin mit immer kürzeren Liegezeiten und immer mehr
47 ambulanten Eingriffen, ist davon auszugehen, dass im nächsten Jahrzehnt neben
48 diesem Überhang noch mindestens weitere 1.000 Betten in den saarländischen
49 Kliniken abgebaut werden müssten. Daher ist eine neue Krankenhausplanung, die
50 dieser prognostizierten Entwicklung Rechnung trägt, dringend notwendig.

51 Ohne eine solche Planung werden die saarländischen Krankenhäuser weiterhin einem
52 ruinösen Wettbewerb ausgesetzt bleiben. Krankenhausschließungen werden nicht
53 aufgrund von strukturellen Überlegungen und fachlichen Entscheidungen, sondern
54 aufgrund von wirtschaftlichen Notwendigkeiten erfolgen.

55 Realistisch betrachtet, wird sich die Zahl der saarländischen Krankenhäuser
56 deutlich reduzieren. Der saarländische Gesundheitsminister muss diesen Prozess
57 verantwortungsvoll und nach fachlichen Erfordernissen begleiten und steuern und
58 darf nicht wie seine Vorgänger den Kopf in den Sand stecken.

59 Ambulante medizinische Versorgungszentren sollen entstehende Lücken sinnvoll
60 schließen und damit die Notfallversorgung wohnortnah sicherstellen. Diese sollen
61 allerdings nicht, wie es derzeit der Fall ist, nach rein marktwirtschaftlichen
62 Gesichtspunkten betrieben werden. Vielmehr sollte auch hier eine Bedarfsplanung
63 erfolgen und eine enge Kooperation mit stationären Einrichtungen gefördert
64 werden.

65 Der notwendige Umbau der saarländischen Krankenhauslandschaft wird nur durch
66 massive Investitionen möglich sein, Standorte müssen rückgebaut, andere deutlich
67 erweitert werden. Dafür sind sehr hohe Mittelaufwendungen notwendig.

68 Der gigantische Investitionsstau in den saarländischen Krankenhäusern gefährdet
69 die Patienten, durch veraltete Medizintechnik wie durch veraltete Infrastruktur
70 (Medizinische Gase, Notstromversorgung, etc.). Ähnlich wie in der Notsituation
71 Coronapandemie sollten daher Förderpraxis und Vergabevorschriften vereinfacht
72 werden, um diesen Investitionsstau abzubauen.

Begründung

Begründung:

Die Reformen, die Bundesgesundheitsminister Lauterbach für die Krankenhausfinanzierung vorgeschlagen hat, gehen grundsätzlich in die richtige Richtung, lösen aber allein das Problem der saarländischen Krankenhäuser nicht. Die meisten dieser Häuser arbeiten bereits seit Jahren defizitär und sind überschuldet. Bereits vor der COVID 19 Pandemie haben Expert*innen den Investitionsstau in der saarländischen Krankenhauslandschaft auf 1,5 Milliarden € geschätzt. Berücksichtigt man die Baukostenentwicklung, kann man heute von 2 – 2,5 Mrd. € ausgehen.

Laut Krankenhausfinanzierungsgesetz ist das Land für die Finanzierung der Investitionen verantwortlich, dieser gesetzlichen Verpflichtung wird das Land seit Jahrzehnten nicht gerecht. Unter

der CDU-Vorgängerregierung wurde ein Sondervermögen aufgelegt, um den baulichen Investitionsstau an den saarländischen Krankenhäusern abzubauen. Obwohl die Zuweisungen des Landes (2022 und 2023 jeweils 20 Mio. €) in dieses Sondervermögen viel zu gering sind, wächst dieses stetig an, von 95 Millionen Ende 2020 auf ca. 122 Mio. € Ende 2022.

Die Ursache darin, dass die saarländischen Krankenhäuser nicht mehr Mittel aus diesem Sondervermögen abrufen, hängt zum einen mit der zu geringen Förderquote von ca. 70% zusammen. Die Krankenhäuser haben einfach die Mittel nicht, die restlichen 30% für Investitionen aufzubringen. Zum anderen ist der Planungsaufwand, um einen Förderantrag zu stellen, extrem hoch.

Auch die Fördermittel für kurzfristige Anlagegüter wie z.B. Medizintechnik und IT-Ausstattung sind mit rund 12 Mio. € im Jahr (Haushaltsplan 2023) viel zu gering, somit arbeiten sämtliche saarländischen Krankenhäuser bereits heute mit teilweise überalterter Medizintechnik.

Aufgrund der alten baulichen Strukturen und der zu veralteten Ausstattung entstehen sehr hohe Instandhaltungs- und Energiekosten, die einen wesentlichen Beitrag zur defizitären Situation der saarländischen Krankenhäuser leisten. Da die Träger diese Defizite nicht auf Dauer abdecken können, sind neben dem evangelischen Krankenhaus in Saarbrücken und dem St. Josefs-Krankenhaus in Dudweiler weitere Krankenhausschließungen zu befürchten.

Aufgrund einer fehlenden strukturellen Krankenhausplanung, die bedarfsorientiert die Betten in den Einrichtungen festlegt, hat das Saarland gegenüber dem Bundesdurchschnitt fast 1.000 Klinikbetten zu viel. Berücksichtigt man die Entwicklung in der Medizin mit immer kürzeren Liegezeiten und immer mehr ambulanten Eingriffen, ist davon auszugehen, dass im nächsten Jahrzehnt neben diesem Überhang noch mindestens weitere 1.000 Betten in den saarländischen Kliniken abgebaut werden müssten. Daher ist eine neue Krankenhausplanung, die dieser prognostizierten Entwicklung Rechnung trägt, dringend notwendig.

Ohne eine solche Planung werden die saarländischen Krankenhäuser weiterhin einem ruinösen Wettbewerb ausgesetzt bleiben. Krankenhausschließungen werden nicht aufgrund von strukturellen Überlegungen und fachlichen Entscheidungen, sondern aufgrund von wirtschaftlichen Notwendigkeiten erfolgen.

Realistisch betrachtet, wird sich die Zahl der saarländischen Krankenhäuser deutlich reduzieren. Der saarländische Gesundheitsminister muss diesen Prozess verantwortungsvoll und nach fachlichen Erfordernissen begleiten und steuern und darf nicht wie seine Vorgänger den Kopf in den Sand stecken.

Ambulante medizinische Versorgungszentren sollen entstehende Lücken sinnvoll schließen und damit die Notfallversorgung wohnortnah sicherstellen. Diese sollen allerdings nicht, wie es derzeit der Fall ist, nach rein marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten betrieben werden. Vielmehr sollte auch hier eine Bedarfsplanung erfolgen und eine enge Kooperation mit stationären Einrichtungen gefördert werden.

Der notwendige Umbau der saarländischen Krankenhauslandschaft wird nur durch massive Investitionen möglich sein, Standorte müssen rückgebaut, andere deutlich erweitert werden. Dafür sind sehr hohe Mittelaufwendungen notwendig.

Der gigantische Investitionsstau in den saarländischen Krankenhäusern gefährdet die Patienten, durch veraltete Medizintechnik wie durch veraltete Infrastruktur (Medizinische Gase, Notstromversorgung, etc.). Ähnlich wie in der Notsituation Coronapandemie sollten daher Förderpraxis und Vergabevorschriften vereinfacht werden, um diesen Investitionsstau abzubauen.

Unterstützer*innen

Dr. Ingo Friedrich; Stephan Körner; Uta Sullenberger; Santino Klos; Karsten Schade; Matthias Westermann; Marie Luise Herber; Petra Port; Ralph Nonninger; Barbara Klein-Braun; Thomas Brass; Peter Wunsch; Lea Kaschek