



Beschluss

des Bayerischen Landtags

Der Landtag hat in seiner heutigen öffentlichen Sitzung beraten und beschlossen:

**Konsultationsverfahren der Europäischen Union;
Europäischer Ausschuss der Regionen – CALRE
Konsultation der CALRE-Mitglieder zur Vorbereitung des Arbeitsprogramms der
Europäischen Kommission 2022
Teil V – Hin zu einer europäischen Gesundheitsunion**

Drs. 18/15235, 18/16633

Der Bayerische Landtag gibt im Konsultationsverfahren unter Bezugnahme auf die fünf Fragen zum Themenbereich V „Hin zu einer europäischen Gesundheitsunion“ folgende Stellungnahme ab:

Frage 1: War die Zusammenarbeit zwischen der EU und Ihrer Region im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie angemessen?

Eine direkte Zusammenarbeit mit der EU hat nicht stattgefunden.

Frage 2: Welche Stärken und Schwächen Ihres regionalen Gesundheitssystems sind während der Pandemie zutage getreten?

Deutschland und Bayern verfügen über ein leistungsstarkes Gesundheitssystem und haben die Pandemie bislang vergleichsweise gut bewältigt.

Stationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung war bisher zu jedem Zeitpunkt der Pandemie auf hohem Niveau gewährleistet, auch wenn die Kapazitäten je nach Infektionsgeschehen in einzelnen Regionen und in Einzelfällen an ihre Grenzen gestoßen sind und elektive Behandlungen zeitweise zurückgestellt werden mussten. Die Krankenhäuser haben im gegenseitigen Zusammenwirken Großartiges geleistet.

Vor diesem Hintergrund ist festzuhalten, dass sich Krankenhausplanung und die staatliche Investitionskostenförderung in den Händen der Länder bewährt haben.

Auch im Hinblick auf die Erfassung der zur Verfügung stehenden Bettenkapazitäten, insb. der Intensivkapazitäten, hat sich die Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausplanung im Hinblick auf das regionale Gesundheitssystem gut bewährt.

Im Rahmen der Pandemiebekämpfung wurde zur Steuerung und Überwachung der vorhandenen Krankenhaus- und vor allem Intensivkapazitäten mit einer Allgemeinverfügung am 24. März 2020 bayernweit ein einheitliches, IT-gestütztes System namens IVENA eingeführt. Dieses dient seither zur Erfassung der Behandlungskapazitäten und COVID-19-Patienten. Die Kliniken wurden im Zuge dessen verpflichtet, täglich den aktuellen Stand ihrer Bettenkapazitäten, vor allem im intensivmedizinischen Bereich, sowie deren Belegungsgrad auf bayerischer Ebene über das IT-Tool IVENA zu melden, sodass die Belegung der Krankenhauskapazitäten anhand der Meldungen überwacht,

gesteuert und eventuellen Versorgungsengpässen somit rechtzeitig entgegengetreten werden kann. IVENA hat sich als zuverlässiges Medium zur regionalen Überwachung und Steuerung der Krankenhauskapazitäten etabliert.

Begrenzende Ressource ist in der Praxis nicht die Anzahl der (Intensiv-)Betten, sondern das verfügbare Personal an Intensivpflegekräften, deren Finanzierung dauerhaft zu gewährleisten ist. Die dauerhafte Sicherstellung der Finanzierung des erforderlichen Personals macht eine grundlegende Überarbeitung des DRG-Systems erforderlich. Für eine etwaige Reform des DRG-Systems liegt die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz beim Bund. Es hat sich gezeigt, dass die dem derzeitigen Finanzierungssystem zugrundeliegende Prämisse „das Geld folgt der Leistung“ nicht den Anforderungen an die Krankenhäuser als kritische Infrastruktur staatlicher Daseinsvorsorge gerecht wird. Nach den jetzigen Regelungen findet keine Finanzierung der Vorhaltekosten statt, die jedoch für die Bewältigung einer Pandemie und anderer größerer Schadensereignisse von erheblicher Bedeutung sind. Die zahlreichen Änderungen in den letzten Jahren und auch die zuletzt vorgenommene Ausgliederung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser aus den DRG-Fallpauschalen haben diese Problematik in keiner Weise gelöst. Auch unter Berücksichtigung der Herausforderungen des sozioökonomischen Wandels ist eine weitere Anpassung daher unerlässlich.

Für den Krankenhausbereich ist es notwendig, bei der Ausgestaltung des Vergütungssystems und bei Qualitätsanforderungen auch künftig darauf zu achten, dass vorhandene Infrastruktur nicht gefährdet wird und bedarfsnotwendige Krankenhäuser insbesondere auch in der Fläche ihren Betrieb qualitativ hochwertig sowie patienten- und bedarfsgerecht aufrechterhalten können.

Vertragsärztliche Strukturen

Gerade zu Beginn der Pandemie hat sich gezeigt, dass nicht alle Bereiche des deutschen Gesundheitswesens ausreichend auf eine pandemische Entwicklung vorbereitet waren, insbesondere was die Vorhaltung von ausreichenden materiellen wie personellen Ressourcen zur Bewältigung der Situation sowie das Vorhandensein effektiver und erprobter Strukturen zur Krisenbewältigung angeht. Daher erscheint u. a. die Konkretisierung bzw. Erweiterung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zur Vorbereitung auf und Bewältigung von krisenhaften Versorgungslagen sinnvoll; dies betrifft insbesondere die gesetzliche Fixierung einer Berechtigung und Verpflichtung der KVen zu Maßnahmen, die der angemessenen Vorbereitung der vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen und dem Erhalt ihrer Funktionsfähigkeit auch in künftigen krisenhaften Versorgungslagen, wie Pandemien und epidemischen Lagen nationaler oder regionaler Tragweite, dienen und schließt die Schaffung von eindeutigen Finanzierungsregelungen für diese Vorbereitungsmaßnahmen ein, die auch außerhalb festgestellter Krisenlagen greifen und klarstellen, wer welche Finanzierungsanteile zu tragen hat. Hierzu sind aber keinerlei Maßnahmen auf EU-Ebene, sondern ausschließlich Anpassungen durch den Bundesgesetzgeber erforderlich.

Einrichtungen der Pflege

In der ersten Welle bis Mai 2020 war es für die Einrichtungen z. T. schwierig, persönliche Schutzausrüstung in erforderlicher Menge zu beschaffen. Der Freistaat Bayern hat hier unterstützt. Die Schnittstelle zwischen Häuslichkeit und Einrichtung erforderte differenzierte Hygienevorgaben, um Viruseinträgen in Einrichtungen entgegenzuwirken.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Die Pandemie hat den Öffentlichen Gesundheitsdienst vor eine nie gekannte Herausforderung gestellt. Die Gesundheitsämter waren auf eine Identifikation Infizierter und die damit verbundene Nachverfolgung von Kontaktpersonen in derart großem Ausmaß weder personell noch hinsichtlich des Digitalisierungsgrades vorbereitet. Im Laufe der Pandemie ist eine Stärkung in beiden zentralen Bereichen gelungen; die Gesundheitsämter haben mit höchstem Einsatz ein striktes Containment und Contact Tracing verfolgt und damit entscheidend zur Eingrenzung des Infektionsgeschehens beigetragen.

Suchthilfe und HIV/AIDS-Hilfesystem

Sowohl das Suchthilfesystem als auch das HIV/AIDS-Hilfesystem sind in Bayern seit Langem flächendeckend etabliert und bedarfsgerecht aktiv. Angebote stehen allen Betroffenen, deren Angehörigen sowie interessierten Bürgerinnen und Bürgern offen und sind auf unterschiedliche Bedarfe zugeschnitten (z. B. Information über Konsum- bzw. Verhaltensrisiken, Onlineplattformen, Telefonberatung). Überdies bestehen vielfältige Präventions- und Hilfsangebote für Jugendliche und Kinder sowie deren Angehörige. Die Bayerische Staatsregierung ist bestrebt, den Bestand sowohl sucht- wie HIV/AIDS-präventiver Angebote als auch der Suchtkranken- und AIDS-Hilfe weiterhin auf dem erreichten hohen Niveau zu sichern und auszubauen, z. B. im digitalen Bereich. Als systemrelevante Bereiche stellen das bayerische Suchthilfe- sowie HIV/AIDS-Hilfesystem Präventions- und Betreuungsangebote auch während der Coronapandemie bereit. Dabei erarbeiten die jeweiligen Hilfeinrichtungen Hygienekonzepte unter Beachtung der geltenden Rechtslage und setzen diese um.

Kontinuierlich stattfindende und umfassende Veränderungen, z. B. demografischer und technologischer Art, erfordern es jedoch, präventive und versorgerische Ansätze in den Bereichen Sucht und HIV/AIDS stetig lokal anzupassen und weiterzuentwickeln, wie z. B.

- Angebote für weitere spezifische Zielgruppen wie ältere Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund,
- digitale Angebote (z. B. zur Suchtprävention in Bayern) oder
- Aufklärungs- und Informationsangebote für die Öffentlichkeit.

Die Notwendigkeit dieser kontinuierlichen Angebotsanpassung und -weiterentwicklung ist durch die fortlaufende Coronapandemie nochmals besonders deutlich geworden. Es handelt sich aber immer um spezifisch lokale Angebote für Betroffene.

Frage 3: Wie groß waren die Unterschiede bei der Resilienz der regionalen Gesundheitssysteme in Ihrem Land?

Einrichtungen der Pflege stießen z. T. an personelle Kapazitätsgrenzen. Einem temporären Personalmangel konnte durch Unterstützungskräfte, z. B. von der Bundeswehr, entgegengewirkt werden.

Der Freistaat verfolgt eine strikte Containment- und Contact-Tracing-Strategie, deren Vorgaben von allen Gesundheitsämtern zu erfüllen sind. Ein zentraler Faktor für das Gelingen ist eine ausreichende Personalausstattung einschließlich des Vorhandenseins von Fachpersonal; die Resilienz des ÖGD wird davon entscheidend bestimmt.

Frage 4: Sollte die derzeitige Aufteilung der Zuständigkeiten im Gesundheitsbereich zwischen Regionen, Staaten und der EU überdacht werden? Braucht die EU neue Befugnisse, um eine umfassende Gesundheitsunion zu verwirklichen?

Wie auch im Rahmenpapier zum Themenbereich Gesundheit unmittelbar ausgeführt, sind für die Gesundheitssysteme die Mitgliedstaaten selbst zuständig. Daran sollte auch nichts geändert werden. Die Finanzierung der Gesundheitssysteme erfolgt durch die Mitgliedstaaten oder über von diesen hierfür gesondert geschaffenen Körperschaften (Sozialversicherungsträger). Daher müssen auch die Entscheidungskompetenzen für die Ausgestaltung der Gesundheitssysteme und der darin begründeten Leistungsansprüche (ausschließlich) bei den Mitgliedstaaten verbleiben. Unbenommen davon ist allerdings, dass die Zusammenarbeit der nationalen Gesundheitssysteme in und über die EU weiter optimiert werden kann – auch ohne dass hierzu Entscheidungskompetenzen unmittelbar auf die EU übertragen werden müssten.

Die epidemiologische Überwachung und das Monitoring potenzieller Gesundheitsgefahren auf europäischer Ebene, die bei dem ECDC und der zu gründenden Behörde HERA angesiedelt sind/sein werden, basieren auf dem kleinräumigen Monitoring auf nationaler bzw. regionaler Ebene. Das europaweite und das nationale/regionale Monitoring ergänzen sich sinnvoll und können einander nicht ersetzen. Die derzeitige Aufteilung der Aufgaben in diesem Bereich ist daher beizubehalten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen:

Die SARS-CoV-2-Pandemie zeigt eindringlich, welche große Bedeutung ein gut handlungsfähiger Öffentlicher Gesundheitsdienst, eine gute Koordination und Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie verlässliche Versorgungsangebote für alle und eine funktionierende Zusammenarbeit auf der regionalen bis zur EU- Ebene haben.

Die Probleme des deutschen und anderer europäischer Gesundheitssysteme sind nicht erst seit der Coronakrise sichtbar und doch hat die Coronapandemie dafür gesorgt, dass bestimmte Defizite besser erkannt wurden. Die Pandemie ist deshalb auch eine Chance für Veränderungen. Diese Chance sollte jetzt genutzt werden.

Die EU sollte für zukünftige Pandemien besser vorsorgen und vorbereitet sein – dies betrifft insbesondere Medizinprodukte, Schutzmasken und -ausrüstung oder lebenswichtige Medikamente und Impfstoffe. Die Produktionen dieser Güter sind mittlerweile hauptsächlich in Drittstaaten wie China oder Indien angesiedelt. Die EU muss auch medizinisch souveräner werden. Dafür müssen alle Lieferketten auf den Prüfstand, um, wo nötig, die Produktion nach Europa zurückzuholen und den Import auf weitere Länder auszudehnen. Neben der Liefersicherheit soll eine gesteigerte Wirkstoffproduktion in der EU auch zu mehr Qualität führen. Qualitätskontrollen in Produktionsstätten können innerhalb der EU unter Koordination der Europäischen Arzneimittelagentur vermehrt durchgeführt werden.

Deshalb sprechen wir uns für die Erweiterung der Kompetenzen der EU insbesondere im Bereich der Bereitstellung und Verteilung medizinischer Güter und der Bereitstellung und Verteilung von Impfstoffen aus. Auch klinische Bewertungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten sollten EU-einheitlich erfolgen. Zudem soll die grenzübergreifende Zusammenarbeit zur Prävention von anderen Erkrankungen ausgebaut werden. Auch elektronische Gesundheitsdienste sollten EU-weit nutzbar sein: Es braucht verbindliche Standards für die Anwendungen, damit Dienste einzelner Mitgliedstaaten ohne Probleme miteinander kommunizieren können. So könnten Patienten Daten aus der elektronischen Patientenakte, Laborbefunde oder auch Verordnungen grenzüberschreitend nutzen. Und zuletzt halten wir für wichtig, dass im Einzelfall EU-einheitliche, verbindliche Kriterien zur zuverlässigen Erfassung von Pandemiedaten (Infektions-, Mortalitäts- und Genesungszahlen) und einheitliche Testmethoden umgesetzt werden können.

Frage 5: Wenn ja, welche Zuständigkeitsbereiche sollten auf die europäische Ebene übertragen werden?

Im engeren Gesundheitsbereich keine.

Außerdem wird zum Themenbereich VII „Beschäftigung und Sozialpolitik“, Unterthema „Bewältigung der Herausforderungen von Altern und Langzeitpflege“ (vgl. Drs. 18/15237) wie folgt Stellung genommen:

Der demografische Wandel führt in der gesamten EU zu einer stark steigenden Zahl an pflegebedürftigen Menschen und einem Mangel an Pflegefachkräften. Die Europäische Kommission hat im Rahmen des Aktionsplans zur Europäischen Säule sozialer Rechte vom 03.03.2021 für 2022 eine Initiative zur Langzeitpflege angekündigt, um „einen Rahmen für politische Reformen mit dem Ziel einer nachhaltigen Langzeitpflege zu schaffen“. Weiterhin wurde mit dem Grünbuch zum Thema Altern (Januar 2021) eine Konsultation eingeleitet, die u. a. die Herausforderungen in der Langzeitpflege umfasst.

- Die Herausforderungen für die Langzeitpflege betreffen alle EU-Mitgliedstaaten. Es werden jedoch keine Ansatzpunkte für regulierende EU-Maßnahmen im Hinblick auf die Sicherstellung der Langzeitpflege gesehen. Insbesondere hat die EU keine Kompetenz für eine Harmonisierung der Sozialversicherungen und soll sie auch nicht bekommen. Diese Position haben Landtag (vgl. Stellungnahme von Dez. 2016 i. R. der Konsultation zur Einführung der „Europäischen Säule Sozialer Rechte“) und Staatsregierung auch bislang vertreten.
- Die Versorgung im Bereich Langzeitpflege wird in den EU-Mitgliedstaaten sehr unterschiedlich sichergestellt (z. T. staatlich/kommunal/über die Sozialhilfe/z. T. über die Krankenversicherung), nur wenige verfügen wie Deutschland über eine eigen-

ständige Pflegeversicherung. Zur Verbesserung der Situation der Pflegekräfte wurden in Deutschland bereits eine Reihe von Maßnahmen ergriffen (z. B. Konzertierte Aktion Pflege/KAP). Die Verantwortung liegt bei den Akteuren der Pflege, der Staat kann schon auf nationaler Ebene nur Rahmenbedingungen setzen. Ein Mehrwert kann allenfalls in einem Austausch über die nationalen Maßnahmen liegen (z. B. im Rahmen der „wirtschaftspolitischen Koordinierung“ der EU).

- Die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse im Bereich Pflege wurde durch das Pflegeberufegesetz in Deutschland neu geregelt, sodass sie im Einklang mit den Vorgaben der EU (insbesondere Berufsanerkennungsrichtlinie) steht.
- Mittel aus dem Europäischen Sozialfonds (ESF) können u. a. für die Qualifikationsmaßnahmen für Pflegekräfte verwendet werden, insoweit leistet die EU bereits Unterstützung.

Der Beschluss des Bayerischen Landtags wird als Konsultationsbeitrag an den AdR und CALRE übermittelt. Der Beschluss wird auch an die Europäische Kommission, das Europäische Parlament und den Deutschen Bundestag übermittelt.

Die Präsidentin

Ilse Aigner