

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände · Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin

02.09.2015

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Herrn Vorsitzenden
Dr. Edgar Franke, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Bearbeitet von
Lutz Decker, DST
E-Mail: lutz.decker@staedtetag.de
Tel.: 0221 3771 305

Aktenzeichen
54.06.27 D

per Mail: michael.thiedemann@bundestag.de

Jörg Freese, DLT
E-Mail: Joerg.Freese@landkreistag.de
Tel.: 030 / 59 00 97-340

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0125(45)
gel. VB zur öAnhörung am 07.09.
15_KHSG
07.09.2015

Aktenzeichen
V-560-00/3, 560-00/16

Uwe Lübking, DStGB
E-Mail: uwe.luebking@dstgb.de
Tel.: 030 / 77 30 7-245

Öffentliche Anhörung zum Entwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes und weiterer Anträge

Sehr geehrter Herr Dr. Franke,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

herzlichen Dank für die Einladung zur öffentlichen Anhörung am 7. September 2015. Wir nehmen gerne zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (BT-Drs. 18/5372), zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verbessern – Bedarfsgerechte Personalbemessung gesetzlich regeln“ (BT-Drs. 18/5369) und Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Gute Versorgung, gute Arbeit – Krankenhäuser zukunftsfest machen“ (BT-Drs. 18/5381) Stellung.

1. Entwicklung der Krankenhausversorgung - kommunale Bedeutung und Betroffenheit

Die kommunalen Spitzenverbände haben die Ankündigung im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD sehr begrüßt, im Wege einer umfassenden Krankenhausreform gemeinsam mit den Ländern die Weichen für eine zukunftsfähige und finanzierbare Krankenhausstruktur in Deutschland zu stellen. Mit diesem Gesetzentwurf wird dieses Ziel aber deutlich verfehlt.

Die Kommunen sind mit diesem Gesetzentwurf zunächst generell in Ihren Funktionen und ihrer Verantwortung bei der Daseinsvorsorge angesprochen. Sie sind massiv nicht nur als Träger eigener Krankenhäuser – öffentliche Krankenhäuser haben bei sinkender Anzahl der Häuser und Betten immer noch den größten Anteil an der Patientenversorgung, also eine besondere Relevanz – von den Auswirkungen der wirtschaftlichen und strukturellen Situation der Krankenhäuser betroffen. Die durch Kommunen getragenen Krankenhäuser sehen sich der guten Versorgung der Patienten in der Grund-, Regel-, Notfall- und Maximalversorgung verpflichtet und wollen hierfür auch wirtschaftlich arbeiten können.

Zusätzlich sind die Landkreise und kreisfreien Städte Träger des Sicherstellungsauftrags für die stationäre Versorgung in Deutschland. Das bedeutet vor allem eine Verantwortung in Situationen, in denen ein Krankenhaus insolvent zu werden droht, oder wenn es ganz ausfällt, wenn die örtliche Krankenhausversorgung alternativ – durch die Kommune – sichergestellt werden muss.

Echten Einfluss auf die Ausgestaltung der Krankenhauslandschaft haben die Kommunen jedoch kaum. Sie wirken lediglich in, nach Landesrecht geregelter, unterschiedlicher Weise in den Krankenhausplanungsausschüssen der Länder mit.

Die Krankenhausplanung der Länder bleibt weiterhin das wesentliche Instrument, um die Krankenhausstrukturen zu gestalten. Dies funktioniert aber nur i. V. m. der Länderkompetenz und der gesetzlich normierten Länderverantwortung, die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser auch mit den hierfür erforderlichen Investitionsmitteln auszustatten. Dieser Aufgabe kommen die Länder in viel zu geringer Weise nach. Mittlerweile hat sich ein milliardenschwerer Investitionsstau gebildet. Dies hat erhebliche Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser. Es ist unabdingbare Voraussetzung, dass nicht nur der Bund im Rahmen seiner Gesetzgebungskompetenz strukturelle Veränderungen vornimmt, sondern dass auch die Länder wieder ihre Verantwortung in der Krankenhausplanung und vor allem in der Investitionsfinanzierung umfänglich wahrnehmen.

Regelungen zur Finanzierung der laufenden Betriebskosten werden vor allem durch den Bundesgesetzgeber getroffen. Das geplante KHSG wirkt hier allerdings so, dass die prekäre Situation in den Krankenhäusern noch verschärft wird. Nötig wäre es stattdessen, die Refinanzierung der laufenden Betriebskosten zu verbessern. Insbesondere betrifft dies die Personalkosten inklusive der anfallenden Lohn- und Tarifsteigerungen. Entgegen dem Gesetzentwurf darf der Versorgungszuschlag nicht gestrichen werden und auf neue Regelungen zur Reduzierung von Krankenhausvergütungen bei vermuteten Fehlbelegungen, bei Produktivitätssteigerungen und bei Potential zur Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich muss verzichtet werden. Mengenentwicklungen sowie die Notfallversorgung im Krankenhaus müssen endlich adäquat finanziert werden. Eine stärkere Ausrichtung auf Qualität ist zwar eine richtige Entwicklung. Ein KHSG darf aber dazu nicht vornehmlich auf Misstrauen, Kontrollen und Abschläge setzen. Vielmehr bedarf es der konstruktiven Einbindung der Krankenhäuser und ihres eigenen Interesses an der Erbringung qualitativ guter Leitungen.

In einem Krankenhausstrukturgesetz berücksichtigt werden müsste ein wachsender Versorgungsbedarf, der sich aufgrund der demografischen Entwicklung, der Morbiditätsentwicklung, des medizinischen Fortschritts und des Anspruchsverhaltens ergibt. Etwa dann aber, wenn der Gesetzentwurf Mehrleistungen mit Sanktionen belegt, ignoriert er diese Entwicklungen stattdessen weitgehend und verschiebt die kostenträchtigen Konsequenzen gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen allein auf den Krankenhaus(finanzierungs-)bereich. Hiermit werden benötigte Strukturen gefährdet.

In den vergangenen Jahren hat die kommunale Ebene den festen Eindruck gewonnen, dass die Gesundheitspolitik des Bundes im Hinblick auf die stationäre Versorgung bestrebt ist, eine Verknappung der finanziellen Mittel für den laufenden Betrieb der Krankenhäuser dazu zu nutzen, damit nicht-wirtschaftliche Krankenhäuser auf diese Weise „vom Netz gehen“. Dies ist aber das Gegenteil einer sachgerechten Steuerung; denn wirtschaftliche Schwierigkeiten bei verknappten Finanzmitteln sind kein Indiz dafür, dass ein solches Haus nicht notwendig wäre. Zugleich leiden alle Krankenhäuser dadurch an strukturellen Unterfinanzierungen. Ein solches Vorgehen führt insgesamt zu verheerenden Ergebnissen.

Es ist davon auszugehen, dass bei Fortschreiten dieser Vorgehensweise wiederum mit zusätzlichen Mitteln, wahrscheinlich Steuermitteln, aber auch Versichertengeldern, dann Strukturen neu aufgebaut bzw. mühsam erhalten werden, die vorher durch verfehlte Änderungen im Rahmen der Krankenhausfinanzierung erst entstanden sind. Wir fordern die Bundespolitik insgesamt auf, diesen Irrweg zu beenden. Stattdessen bedarf es neben einer auskömmlichen, bundesrechtlich geregelten Krankenhausfinanzierung – in diese Richtung geht der Gesetzentwurf leider nicht – auf Landesebene neben der angesprochenen adäquaten Investitionskostenfinanzierung einer gestärkten und auch wahrgenommenen Landesplanung der Krankenhauslandschaft.

Die Landesplanung muss dann allerdings auch deutlich machen, welche Häuser sie für nicht mehr bedarfsnotwendig hält. Ob es dazu sinnvoll ist, dass bundesweit Rahmenbedingungen gemeinschaftlich vereinbart werden, sollte in einem gemeinsamen Diskussionsprozess geklärt werden. Die kommunalen Spitzenverbände fordern Bund, Länder und die Krankenversicherung auf, hier in einen ernsthaften Dialog einzutreten und nicht einseitig auf nicht erfolgversprechende gesetzgeberische Maßnahmen zu setzen.

Grundsätzlich sollte ein von der Politik gewollter Wettbewerb der Trägersysteme (öffentlich, freigemeinnützig, privat) dabei nicht weiter einseitig ökonomisch ausgerichtet werden.

Sowohl bei den laufenden Betriebskosten als auch bei den Investitionskosten löst der vorliegende Entwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes bestehende Probleme leider nicht und verschärft stattdessen an vielen Stellen die ohnehin schon prekäre Situation der Krankenhäuser.

2. Spezielle Anmerkungen zum Gesetzentwurf

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat sich in einer umfangreichen Stellungnahme zu den zahlreichen Aspekten des Krankenhausstrukturgesetzes geäußert. Die kommunalen Spitzenverbände schließen sich diesen Ausführungen voll inhaltlich an und verzichten daher auf eine erneute detaillierte Wiedergabe.

Aus kommunaler Sicht bestehen folgende zusätzliche bzw. von unserer Seite besonders zu betonende Forderungen, die wir nachfolgend kurz skizzieren:

- Versorgungszuschlag

Der Versorgungszuschlag von 0,8 % soll ab 2017 ersatzlos wegfallen. Die Regelung wurde seinerzeit vor dem Hintergrund der Unterfinanzierung von Betriebskosten und unzureichendem Anstieg von Landesbasisfallwerten eingeführt. Diese Rahmenbedingungen sind zumindest geblieben, haben sich teilweise noch verstärkt, sodass die Begründung für den Versorgungszuschlag bestehen bleibt. Die jetzt geplante Regelung einer Abschaffung widerspricht dem, konterkariert Möglichkeiten einer ansatzweisen Gegenfinanzierung der Tarifsteigerungen für die Krankenhausbeschäftigten und wird von uns strikt abgelehnt. Stattdessen ist eine dauerhafte Finanzierung des Versorgungszuschlags angezeigt.

- Entwicklungen bei den Landesbasisfallwerten

Durch die geplanten Regeln des Artikel 2 Nr.9a)/§9 Abs 1b Satz 2 KHEntgG bzw Artikel 2 Nr.10 b) bb)/§ 10 Abs.3 Satz 2 KHEntgG soll

- die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Verhandlung von Landesbasisfallwerten gegeben werden,
- der Landesbasisfallwert abgesenkt werden und keine Fortschreibung nach dem Orientierungswert möglich sein.
- die Produktivitätsentwicklung, Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und Aspekte der ambulant oder stationären Leistungserbringung sollen berücksichtigt werden.

Schon die bisherigen, moderateren Regelungen haben die Personalkostenentwicklungen nach dem TVöD und TVÄ nicht kompensieren können. Die neuen Regelungen verschlimmern die Situation noch und müssen daher gestrichen werden.

Hier ist durchaus auch ein Zusammenhang zur Qualität zu sehen, die ja durch noch vorhandene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erbracht werden muss. Auch dürfen keine Entwicklungen und Fehlanreize zur Vermeidung „schlechter Risiken“, zur Einschränkung von Kapazitäten in bestimmten Bereichen oder zu Wartezeiten auf OP's gesetzt werden.

- Mehrleistungsabschlag / Fixkostendegressionsabschlag

Der bisherige Mehrleistungsabschlag soll ab dem Jahr 2017 durch einen Fixkostendegressionsabschlag für zusätzlich vereinbarte Leistungen abgelöst werden. Hierzu ist anzumerken, dass hiermit ein weiterer massiver Belastungstatbestand für die Krankenhäuser gegeben ist, der u. a. aus der Verlängerung der Abschlagdauer auf 5 Jahre, eine in vielen Ländern zu befürchtende steigende Abschlagshöhe, die Begrenzung der Ausnahmetatbestände sowie nochmals erhöhte Abschläge für Leistungen mit höherer Fixkostendegression oder wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen resultiert. Mit diesen Regelungen wird implizit die durch nichts bewiesene These fortgeführt, dass Krankenhäuser aus rein wirtschaftlichen Gründen nicht medizinisch indizierte Leistungen erbringen. Von den in diesem Kontext zu sehenden Regelungen wären insbesondere die personalintensiven Leistungen betroffen. Personalintensive Abteilungen wie beispielsweise Innere Medizin und Geriatrie, die vor allem viele ältere und multimorbide Patienten versorgen, haben schon heute insbesondere aus demographischen Gründen überdurchschnittliche Zuwachsraten und werden auch zukünftig weiter wachsen. Sie würden aber am stärksten von hohen Kürzungsquoten betroffen. Damit würden die Konsequenzen der demographischen Entwicklung und des medizintechnischen Fortschritts allein den Krankenhäusern und ihrem Personal aufgebürdet. Hinzu tritt die Problematik, dass schon heute ein überaus komplexes Finanzierungssystem besteht, das selbst für manche Fachleute

eine Herausforderung bedeutet. Für den normalen Bürger ist es schlichtweg nicht mehr vermittelbar. Die Komplexität und der extreme letztendlich beitragsfinanzierte bürokratische Aufwand dieses Systems würden infolge der vorgesehenen unterschiedlichen Abschlagshöhen und –dauern nochmals gesteigert. Die Aufnahme neuer nicht konkret fassbarer und abgrenzbarer Tatbestände wie „Leistungen mit höherer Fixkostendegression“ oder „Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten sind“, lassen angesichts die Unbestimmtheit mancher Tatbestände zudem zahlreiche neue Konfliktfelder bei den Budgetverhandlungen erwarten. Um die Vorgabe umsetzen zu können, wäre eine rechtssichere Abgrenzung der verschiedenen Ursachen für Leistungssteigerungen (z. B. Einweisungsverhalten, Chefarztwechsel, Patientenpräferenzen, mehr Notfälle usw.) vorzunehmen, was jedoch faktisch nicht möglich ist. Bleibt es bei den bisher hier vorgesehenen Regelungen so liegen die Risiken infolge der Darlegungslast bei den Krankenhäusern.

Schon heute legen die Krankenkassen die Leistungen, die in den Mehrmengenabschlägen zu berücksichtigen sind, sehr weit aus. Anhand nachstehender Problematik soll dies verdeutlicht werden.

Seit einigen Jahren ist eine kontinuierlich steigende Anzahl stationärer Behandlungsfälle von Flüchtlingen und Asylbewerbern feststellbar. In der Regel ist die Kommune über das Sozialamt Kostenträger dieser Behandlungen. Darüber hinaus sind zahlreiche stationäre Behandlungen bei EU-Bürgern ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz von den Krankenhäusern kostenlos zu erbringen.

Die Behandlung dieser Personengruppen ist oftmals mit zusätzlichem Aufwand für Dolmetscher sowie erhöhtem Aufwand für längere Arzt/Patienten und Pflege/Patientenkontakte verbunden. Wegen oftmals fehlender Vordiagnostik, müssen teilweise sehr umfassende Einganguntersuchungen erfolgen. All dies führt zu einem dazu, dass diese Fälle nicht ausreichend im Mittelwert der bundesweit kalkulierten Behandlungskosten abgebildet werden, da diese Patienten einen höheren internen Aufwand verursachen. Hier ist eine entsprechende Nachjustierung der Kalkulation erforderlich.

Zum anderen dürften diese Fallgruppen insbesondere aber nicht in den Mehrmengenabschlag einbezogen werden, da diese o. g. mehrheitlich über das Sozialamt abgerechnete Gruppe, gar nicht in das verhandelbare „Kontingent“ der Krankenkassen fällt. Für die Behandlung dieser dringend einer Behandlung bedürftigen Gruppen ist es offenbar zur Zeit aber so, dass die Krankenhäuser diese infolge des 25 %-igen Mehrleistungsabschlags zu 75 % der durchschnittlichen Behandlungskosten behandeln müssen. Um in Zukunft gegenüber den Krankenkassen Rechtssicherheit zu schaffen, ist daher eine diesbezügliche klarstellende Ausnahme vom Mehrleistungsabschlag bzw. vom Fixkostendegressionsabschlag erforderlich. Bislang haben die Krankenkassen diesbezüglich eine Anwendung des derzeitigen einzigen Ausnahmetatbestandes gem. § 4 Abs. 2 a Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz wegen einer „unzumutbaren Härte“ abgelehnt.

Wichtig erscheint zudem, dass

- die bestehende Regelung zum Mehrleistungsabschlag, derzufolge vereinbarte Mehrleistungen 2016 auch zu einem Abschlag in 2017 und 2018 führen, für diese beiden Jahre gestrichen wird (da der Fixkostendegressionsabschlag ja den Mehrleistungsabschlag ablösen soll),

- wenn denn schon dieses Instrument eingeführt werden sollte, Ausnahmetatbestände notwendigerweise erweitert werden (z.B. Krankenhausplanveränderungen, strukturelle Veränderungen),
- die zeitliche Dauer drastisch verkürzt werden muss und eine Obergrenze eingeführt wird,
- auch Belange von großen Krankenhäusern und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit besonderen Versorgungsanforderungen berücksichtigt werden.
- Eine Freigrenze für Zusatzleistungen sollte eingeführt werden.

- Notfallversorgung

Hier fehlen nach wie vor hinreichende Aussagen zur derzeit nicht adäquat geregelten Finanzierung der notfallambulanten Versorgung in Krankenhäusern. Krankenhäuser werden von der Bevölkerung auch bei ambulanten Notfällen häufig aufgesucht. Reduzierungen des KV-Angebots führen tendenziell zu einer stärkeren Inanspruchnahme der Krankenhäuser. Derzeit ist es für die KVen günstiger, die notfallambulante Versorgung durch Krankenhäuser erbringen zu lassen (Abschlag von 5, früher 10 %; teilweise Verweigerung von Ziffern, die niedergelassenen Ärzten gezahlt werden). Damit haben die KVen einen monetären Anreiz entgegen ihrer eigenen Versorgungsverpflichtung stärker auf die Krankenhäuser als Versorger zu setzen. Aus den Krankenhäusern wird von steigender Inanspruchnahme der Notfallaufnahmen berichtet. Die Finanzierung eines ambulanten Notfalls im Krankenhaus ist dabei um ein vielfaches teurer, als hierfür tatsächlich vergütet wird. Ergebnis ist eine weitere Auszehrung von Krankenhauspersonal und -substanz.

Was dementsprechend dringend benötigt wird, sind Regelungen in denen diese tatsächlichen Umstände abgebildet werden und die dazu führen, dass den Krankenhäusern für eine notfallambulante Leistung (auch notärztliche Leistung im Rahmen einer Institutsambulanz) entstehenden Kosten auch adäquat finanziert werden. Dies ist derzeit nicht der Fall. Auch Zuständigkeiten müssen geklärt werden.

- Finanzierung von G-BA Vorgaben

Grundsätzlich müssen die Mehrkosten der vielfältigen G-BA-Richtlinien schneller offenbar und transparenter werden. Änderungsnotwendigkeiten bestehen sehr konkret bei der G-BA Richtlinie Neonatologie, in der die Mehrkosten schon ab dem Zeitpunkt 01. Januar 2014 gegenfinanziert werden müssen, was mit den vorliegenden Regelungen nicht der Fall ist. Insgesamt muss Transparenz auch direkt mit den G-BA Beschlüssen hinsichtlich der Mehrkosten gelten; diese müssten direkt – über die Finanzierung nach Fallpauschalen hinaus – mit ausgewiesen und Grundlage für die Vertragsparteien auf Bundesebene werden.

Analog sollten auch Mehrkosten aus anderen gesetzlichen Maßnahmen und Auflagen von Behörden mit vergleichbarer Bindungswirkung berücksichtigt werden. Das Patientenrechtegesetz führte neben dem Anstieg der Kosten für die Haftpflichtversicherung (die in den Orientierungswert einfließen sollten) zu einem erheblichen Mehraufwand bei der Dokumentation der Aufklärung (Exemplar für den Patienten). Für die Krankenhäuser drohen erhebliche Mehrkosten beim Betrieb unternehmenskritischer Infrastruktur.

- Qualität und Kontrollen

Eine stärkere Ausrichtung auf die Qualität ist eine richtige Entwicklung. Grundsätzlich sollten Maßnahmen aber nicht vornehmlich auf Misstrauen, Kontrollen und Abschlüge aufgebaut werden. Genau in eine solche Richtung geht aber der vorliegende Gesetzentwurf. Es kann durchaus davon ausgegangen werden, dass alle Beteiligten ein Interesse an einer weiter verbesserten Qualität haben. Neben den Patienten an erster Stelle sind das auch die Krankenhäuser selbst. Hier sollte ein adäquater Rahmen vielmehr vorhandene Motivationen unterstützen.

Insoweit Qualitätsprüfungen vorgesehen werden, wäre, anders als im Entwurf geplant, eher notwendig eine Institution vorzusehen, die sektorübergreifend und neutral die Qualitätsprüfung durchführt; also etwa die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) – der schon durch seinen Namen seine Nicht-Neutralität vorstellt – scheint hierfür genauso wenig geeignet wie die kassenärztlichen Vereinigungen (KV).

- Investitionsförderung und Strukturfonds

Die Idee des Strukturfonds bietet Ansätze auch hinsichtlich der Entwicklung einer örtlichen Versorgungsstruktur, die wir ebenso wie zusätzliche Mittel grundsätzlich begrüßen. Die in Rede stehenden 500 Mio. Euro, die von Bundesebene hierfür bereitgestellt werden, werden jedoch nur dann fließen, wenn entsprechende Mittel von Landesebene analog bereitgestellt werden. Durch das Abstellen auf das Landesinvestitionsvolumen 2011 bis 2014 wird das derzeitige, unzureichende Investitionsvolumen dabei in gewisser Weise zementiert. Allerdings erscheint zudem fraglich, inwieweit Länder ihren geforderten, analogen Beitrag auch tatsächlich leisten bzw. leisten können. Die Regelung des § 12 Absatz 2 Nr. 2, demzufolge der Landesanteil gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung den 50%igen Anteil trägt, lässt befürchten, dass diese Mittel dann auch noch von Trägerseite kommen sollen. Wenn die Landesseite ihren Anteil finanziell nicht mehr leisten kann, wird es auch keine neuen Mittel des Bundes geben. Es bleibt also fraglich, ob durch den Strukturfonds tatsächlich die angepeilte Summe an Mitteln bereitgestellt wird.

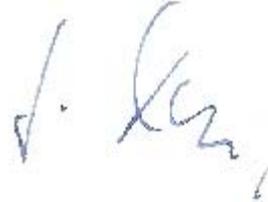
Im Kontext der für Umstrukturierungen vorgesehenen Mittel wird uns aus der Praxis zu begründeten Zweifeln an vorhandenen Überkapazitäten berichtet; etwa hinsichtlich der Erfahrungen im vergangenen Winter – wo es in einigen Regionen zu einer schwierigen Versorgungssituation gekommen ist – zeigen, dass die Krankenhäuser in einigen Regionen an der Belastungsgrenze operieren, auch wenn zur saisonalen Grippeepidemie keine Noroviren-Epidemie hinzutritt und der Winter allgemein relativ mild war. Da es sich um eine komplexe Materie handelt und hier die Kapazität der Krankenhäuser, die Möglichkeiten des Rettungsdienstes und auch die Leistungsfähigkeit des ärztlichen Bereitschaftsdienstes eine Rolle spielen verbieten sich schnelle Schlüsse. Die für Umstrukturierungen vorgesehenen Mittel sollten daher auch tatsächlich für Umstrukturierungen verwendet werden müssen und nicht lediglich eine Schließungsprämie darstellen.

Im Kontext der Investitionsförderung bleibt allerdings essentiell, dass weiterhin ungelöst ist, wie der milliardenschwere Investitionsstau grundsätzlich aufgelöst werden kann. Der Strukturfonds, mit maximal 1 Mrd. Euro an verfügbaren Mitteln hilft hier nur in geringem Umfang und hinterlässt nach wie vor ein strukturell-substantielles Defizit. Es ist notwendig, dass Bund und Länder ganz konkret neue, zusätzliche Investitionsmittel zur Verfügung stellen. Das Gesetz böte eine Gelegenheit, entsprechendes jetzt verbindlich festzulegen.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung



Verena Göppert
Beigeordnete
des Deutschen Städtetages



Jörg Freese
Beigeordneter
des Deutschen Landkreistages



Uwe Lübking
Beigeordneter
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes