

# Rolle der Landkreise in der gesundheitlichen Versorgung

## Positionen des Deutschen Landkreistages in der Gesundheitspolitik

### 1. Landkreise im Gesundheitswesen: Vernetzung statt Segmentierung

Die Landkreise sind seit Jahrzehnten wichtige Akteure im Gesundheitswesen. U. a. nehmen sie auf ihrem Gebiet den Sicherstellungsauftrag für die stationäre medizinische Versorgung wahr und sind in immer noch hohem Maße selbst Träger von Krankenhäusern. Sie beteiligen sich in vielen Ländern auch an der Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser. Sie tragen und betreiben den öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Landkreise sind zudem fast überall Träger des Rettungsdienstes. Schon heute sind die Landkreise an der Planung und Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung durch die dafür zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen zu beteiligen.

Bereits die Nennung dieser Themen zeigt, dass es im Gesundheitswesen in Deutschland (zu) viele Leistungssegmente mit unterschiedlichen Verantwortungsträgern gibt, die nur punktuell zusammenarbeiten. Hier ist eine in der Zukunft wichtige Aufgabe der Landkreise zu sehen, diese Akteure in ihrem Gebiet zusammenzuführen und auf eine verbesserte Zusammenarbeit hinzuwirken.

Der Deutsche Landkreistag sieht in der Unterstützung insbesondere durch Vernetzung und Koordinierung der Sicherstellung der flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, die immer auch die pflegerische Versorgung mit bedenken muss, eine der wesentlichen Zukunftsaufgaben kommunaler Selbstverwaltung auf der Landkreisebene. Die für die Gesundheitsversorgung von morgen erforderlichen Vernetzungs-, Koordinations- und Integrationsleistungen können nur im Rahmen eines dezentralisierten Gesundheitswesens erbracht werden. Infolgedessen müssen Entscheidungskompetenzen verstärkt in die Regionen und an die vor Ort Verantwortlichen verlagert werden. Vor diesem Hintergrund wächst den Landkreisen als Vertreter der überörtlichen kommunalen Daseinsvorsorge eine besondere Verantwortung zu. Dies gilt umso mehr, als sie ohnedies wesentlicher Akteur des dezentralisierten Gesundheitswesens sind – als Träger

von Krankenhäusern, mit ihrer Gesundheitsverwaltung, aufgrund ihrer Zuständigkeiten im Bereich Soziales, Bildung und Jugend sowie als Träger der kommunalen Demokratie auf überörtlicher Ebene. Ein dezentralisiertes Gesundheitswesen wird ohne demokratischen Input von der kreiskommunalen Ebene keine hinreichende Legitimität und Akzeptanz erlangen können.

#### Unsere Erwartungen an die Bundespolitik:

**Den kommunalen Spitzenverbänden sind im Rahmen der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Beschlussgremien auf Bundesebene, etwa des Gemeinsamen Bundesausschusses, substantielle Mitwirkungsbefugnisse einzuräumen.**

**Die Schaffung eines sektorenübergreifenden Landesgremiums muss bundesgesetzlich verbindlich vorgegeben werden. Gleiches gilt für die Einbeziehung der kommunalen Ebene in dieses Gremium.**

### 2. Krankenhausentwicklung

Die stationäre medizinische Versorgung ist seit Jahrzehnten ein Kernbereich der gesundheitlichen Verantwortung der Landkreise. Hieran hat sich trotz der aus finanziellen Gründen in manchen Fällen erfolgten Abgabe von Kreiskrankenhäusern an private oder freigemeinnützige Träger nichts geändert. Die Landkreise nehmen auf ihrem Gebiet den Sicherstellungsauftrag für die stationäre medizinische Versorgung wahr. Wenn private und frei gemeinnützige Krankenhäuser ihren Versorgungsauftrag zurückgeben sollten, stehen die Landkreise in der Pflicht, eigene Krankenhäuser zu betreiben, soweit eine bedarfsgerechte Versorgung nicht durch andere Träger gewährleistet ist. Daher ist es richtig und wichtig, dass auch Landkreise weiterhin Träger eigener Krankenhäuser sind.

Im ländlich und kleinstädtisch geprägten Raum ist in den vergangenen Jahren viel dafür getan worden, die Kran-

kenhausstruktur zu optimieren. Eine Überversorgung ist hier nicht festzustellen. Daher müssen die Krankenhäuser im ländlichen Raum finanziell so ausgestattet sein, dass sie auch bei einer normalen Mengenentwicklung ihren Versorgungsauftrag unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung erfüllen können. Häufig stellt sich eine Finanzierungsproblematik bei den Grund- und Regelversorgung sicherstellenden Krankenhäusern in der Fläche. Dies ist ein Auftrag an die Finanzierung des laufenden Krankenhausbetriebs aus den Einnahmen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung ebenso wie an die Investitionsfinanzierung der Länder. Die Krankenhäuser in den Landkreisen gewährleisten eine flächendeckende Versorgung mit stationären medizinischen Leistungen, insbes. der Grundversorgung, die rund um die Uhr und ganzjährig zur Verfügung steht. Dies wird noch nicht hinreichend im Fallpauschalensystem honoriert.

Im Rahmen der Krankenhausinvestitionen leisten in vielen Ländern auch die Landkreise einen erheblichen Beitrag. So finanzieren die Landkreise – nicht selten aus Schulden – auch Investitionen in private oder frei gemeinnützige Häuser mit. Für die Länder gilt, dass es einer deutlichen Aufstockung der Landesmittel für Krankenhausinvestitionen bedarf, um die Infrastruktur auf einem angemessenen Niveau zu halten. Dies senkt im Ergebnis auch die Betriebskosten und ist daher auch von dieser Seite aus sinnvoll.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, aber auch im Hinblick auf den zunehmenden Ärztemangel im ambulanten Bereich, kommt den ländlichen Krankenhäusern der wohnortnahen Grund- und Regelversorgung eine besondere Bedeutung zu. Wo dies von den Vor-Ort-Verhältnissen her als sinnvoll und zielführend erscheint, sollten hier insbesondere auch intelligente sektorenübergreifende Versorgungskonzepte gefördert und entsprechende Umstrukturierungshilfen geleistet werden. Auch die Länder müssen ihre Zuständigkeit für die Krankenhausplanung verstärkt nutzen, um die gesundheitliche Daseinsvorsorge in der Fläche nachhaltig zu gewährleisten.

#### **Unsere Erwartungen an die Bundespolitik:**

**Die Krankenhäuser benötigen noch im laufenden Jahr eine substanzielle Soforthilfe.**

**Der Orientierungswert zur Bemessung der Kostensteigerung im Krankenhausbereich darf nicht politisch bemessen werden, sondern muss an realen Preissteigerungsraten gemessen werden. Es muss methodisch sichergestellt werden, dass der Orientierungswert die tatsächlichen Kostensteigerungen abbildet.**

**Die sogenannte doppelte Degression, also der Mechanismus, dass bei steigenden Patientenzahlen der Erlös pro Fall nicht nur bei den Mehrleistungen erbringenden Krankenhäusern, sondern für alle Krankenhäuser im Land sinkt muss vollständig aufgehoben werden. Dies gilt auch für die Finanzierung psychiatrischer Kliniken und Abteilungen.**

**Grund- und Regelversorgungskrankenhäuser des ländlichen Raums müssen in die Lage versetzt werden, ihren Daseinsvorsorgeauftrag zu erfüllen und die medizinische Versorgung der betreffenden Räume dauerhaft sicherzustellen. Dem dient es beispielsweise, wenn Leistungen der Grundversorgung im DRG-Fallpauschalensystem aufgewertet werden und hierdurch die höheren Vorhaltekosten für die notfallmedizinische Akutversorgung im ländlichen Raum refinanziert werden oder wenn das Instrument der Sicherstellungszuschläge dadurch gestärkt wird, dass keine Anrechnung auf den Landesbasisfallwert erfolgt.**

### **3. Ambulante medizinische Versorgung**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen tragen gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung den Sicherstellungsauftrag für die ambulante vertragsärztliche Versorgung. Allerdings bedürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. auch niederlassungsbereite Ärzte zunehmend der Unterstützung insbes. durch die kommunalen Gebietskörperschaften.

Die Ärzte haben sich selbst im Rahmen einer Befragung für eine Beibehaltung des Sicherstellungsauftrags durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ausgesprochen, wenn auch mit Veränderungen und insbesondere einer besseren Finanzierung. Einen gesetzlichen Auftrag wahrzunehmen bedeutet aber auch, mit den Rahmenbedingungen, die Bundes- und Landesgesetzgeber festlegen, klarkommen zu müssen. Dies ist nicht zuletzt für die Landkreise eine sich immer wieder neu stellende, enorme Herausforderung in vielen Bereichen.

Die Landkreise bieten den Kassenärztlichen Vereinigungen ausdrücklich die Zusammenarbeit an, um dauerhaft und damit rechtzeitig vor Auftreten von Versorgungslücken zu kooperieren. Hierzu braucht es neben der Kooperationsbereitschaft des Landkreises insbesondere auch eine ebenso hohe Kooperationsbereitschaft der Kassenärztlichen Vereinigung und die Bereitschaft zur frühzeitigen Diskussion über mögliche Versorgungsprobleme in den Folgejahren. Der Landkreis ist dann in der Lage, mit einem Netzwerk zahlreicher Akteure ggf. unterstützende Maßnahmen vorzubereiten und gemeinsam mit Partnern und der Kassenärztlichen Vereinigung Strukturen zu schaffen, die für junge Mediziner/innen attraktiver sind, um sich im jeweiligen Landkreis niederzulassen. Wir erwarten daher

auch eine Einbindung der Landkreise in die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Bereits heute unterstützen die Landkreise zahlreiche Modellprojekte zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung der Menschen. So wurden mit Hilfe der Kommunen beispielsweise Pendel- bzw. Bürgerbusse und Ärztehäuser bzw. Gesundheitszentren eingerichtet sowie Projekte zur Delegation ärztlicher Leistungen durchgeführt.

#### **Unsere Erwartungen an die Bundespolitik:**

**Um die Bedarfsplanung mit beeinflussen zu können, muss bundesgesetzlich sichergestellt werden, dass die kommunale Ebene mit hinreichenden Mitwirkungsbefugnissen in den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen vertreten ist.**

**Der Bundesgesetzgeber muss die berufsgruppenübergreifend ausgerichtete Primärversorgung in den Mittelpunkt der medizinischen Versorgung rücken. In diesem Zusammenhang müssen die Möglichkeiten, ärztliche Tätigkeiten zu delegieren und zu substituieren, deutlich erweitert werden.**

**Es bedarf wirksamer Instrumente zur Bekämpfung der Unterversorgung insbesondere im hausärztlichen Bereich. Dazu kann auch die Pflicht gehören, Nachbesetzungsanträge grundsätzlich ablehnen zu müssen, wenn in einem Planungsbereich deutliche Überversorgung herrscht.**

#### **4. Öffentlicher Gesundheitsdienst**

Der öffentliche Gesundheitsdienst nimmt zahlreiche bevölkerungsmedizinische Aufgaben wahr und ist insbesondere mit Blick auf Infektionsschutz, Hygieneüberwachung und viele weitere Arbeitsfelder unverzichtbarer Teil des Gesundheitswesens. Für die unter Punkt 1 beschriebene Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen ist der öffentliche Gesundheitsdienst ein wesentlicher Koordinator und Akteur innerhalb des Landkreises. In der jüngsten Vergangenheit hat sich eindeutig die herausragende Bedeutung der Gesundheitsämter gerade im Fall von drohenden Pandemien gezeigt.

Die gesundheitliche Prävention und Gesundheitsförderung sind wichtige Bestandteile der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dabei ist die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen besonders herauszustellen. Vorrangig liegt bezüglich der Primärprävention aber die Verantwortung bei der Krankenversicherung (vgl. §§ 20 ff. SGB V). Die Landkreise stellen sich gleichwohl ihrer Verantwortung auch in diesem Bereich und setzen sich dafür ein, dass die gesundheitliche Prävention im Landkreis in einem koordinierten Rahmen stattfindet.

Dies setzt die Bereitschaft vor allem der Krankenversicherungen voraus, sich mit dem Landkreis gemeinsam über Maßnahmen zu verständigen.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist damit ein wichtiger und kompetenter Dienstleister im Bereich der gesundheitlichen Versorgung und Prävention für die gesamte Bevölkerung. Diesem großen Aufgabenspektrum steht das wachsende Problem gegenüber, ausreichendes Fachpersonal vorhalten zu können. Dennoch muss sich der öffentliche Gesundheitsdienst zunehmend neuen Aufgaben und Herausforderungen stellen.

Die Gewinnung fachlich geeigneter Nachwuchskräfte ist auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst nach wie vor schwierig. Landkreise setzen sich hierbei für bestmögliche Rahmenbedingungen ein.

Daneben wird auch eine kritische Betrachtung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch Bund, Länder und die Landkreise und kreisfreien Städte als Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Sicherung und weiteren Modernisierung der Arbeit in den Gesundheitsämtern erfolgen müssen. Nicht alle Vorschriften sind in der bestehenden Form zwingend erforderlich, um den Gesundheitsschutz zu gewährleisten. Hier ist der Gesetzgeber auf Landes- und Bundesebene, zunehmend aber auch im europäischen Rahmen gefordert, sich auf die unabdingbar notwendigen Regelungen zu beschränken.

#### **Unsere Erwartungen an die Bundespolitik:**

**Das von den Gesundheitsämtern zu vollziehende Bundesrecht ist einer systematischen Aufgabenkritik zu unterziehen. Insbesondere europarechtlich überschießende Vorschriften wie die der neuen Trinkwasserverordnung sind auf ein vernünftiges Maß zurückzuschneiden.**

#### **5. Rettungsdienst**

Der Rettungsdienst ist ebenso wie der öffentliche Gesundheitsdienst seit vielen Jahrzehnten ein wichtiges Aufgabenfeld der deutschen Landkreise. Mit Ausnahme von Baden-Württemberg sind die Landkreise in allen Ländern Träger des Rettungsdienstes. In dieser Funktion führen sie den Rettungsdienst zum Teil in Eigenregie selbst durch. Der größere Anteil von Leistungen im Rettungsdienst wird hingegen durch Beauftragung von Leistungserbringern, i.d.R. durch die großen Hilfsorganisationen, erbracht. Der Rettungsdienst wird an der Schnittstelle zwischen dem allgemeinen Gesundheitswesen, der kreislichen Gefahrenabwehr, der kommunalen Daseinsvorsorge, der stationären medizinischen Versorgung, insbesondere der Intensivmedizin, und allgemeinen Lebensbereichen wie dem Straßenverkehr, tätig. Er erfüllt gerade auch in einer älter

werdenden individualisierten Gesellschaft unverzichtbare Aufgaben der Notfallrettung, ist rund um die Uhr verfügbar und oftmals im wörtlichen Sinne "lebensrettend" tätig. Der Rettungsdienst in Deutschland nimmt dabei in einer umfassenden Gesamtstrategie von Ländern und Kommunen zur Gefahrenabwehr insbesondere auch durch die Fähigkeiten zur Bewältigung von Großschadenslagen eine zentrale und unverzichtbare Rolle ein.

Mit Blick auf die medizinische Versorgung im ländlichen Raum und eine stetig steigende Anzahl von Notrufen muss über eine bessere Verzahnung von kassenärztlichem Notdienst und Rettungsdienst nachgedacht werden. In vielen Landkreisen gibt es unterschiedliche organisatorische Strukturen, die es beiden Akteuren erlauben, ihre jeweilige Aufgabe wahrzunehmen, aber gleichzeitig auch möglichst effektiv zu arbeiten. Dies gilt es weiterzuentwickeln. Die gelingende Kooperation von kassenärztlichem Notdienst und Rettungsdienst kann einen Beitrag leisten, um junge Mediziner zu einer Tätigkeit in ländlichen Räumen zu motivieren. Ein einseitiger Rückzug der Kassenärztlichen Vereinigungen aus deren Bereitschaftsdienst zulasten des Rettungsdienstes wird hingegen nachdrücklich abgelehnt.

Die Strukturen zur Erbringung des Rettungsdienstes sind in den Landkreisen vielfach über Jahrzehnte gewachsen. Derzeit bestehen auch vor dem Hintergrund der Rechtsentwicklung auf europäischer Ebene erhebliche Rechtsunsicherheiten hinsichtlich der Notwendigkeit, die Beauftragung des Rettungsdienstes ausschreiben zu müssen. Angesichts dessen setzt sich der Deutsche Landkreistag im Zuge der laufenden Verhandlungen zu einer Modernisierung des Vergaberechts auf europäischer Ebene für eine vergaberechtliche Freistellung des Rettungsdienstes ein.

#### **Unsere Erwartungen an die Bundespolitik:**

**Soweit der Rettungsdienst als eigenständiges Leistungssegment im SGB V etabliert wird, müsste dies klarstellen, dass es sich beim Rettungsdienst um eine weit überwiegend medizinische Leistung handelt. Die Grundsätze und Maßstäbe einer qualitätsvollen, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Durchführung des Rettungsdienstes müssen weiterhin auf Landesebene innerhalb der dafür vorgesehenen Strukturen festgelegt werden.**

Beschluss des Präsidiums des  
Deutschen Landkreistages vom 18./19.6.2013