



DEUTSCHER
LANDKREISTAG



Perspektiven des Sicherstellungsauftrags

**KBV-Sicherstellungskongress
am 27./28. Juni 2017 in Berlin**

Jörg Freese, Beigeordneter des Deutschen Landkreistages



1. Der Deutsche Landkreistag

Der Deutsche Landkreistag ist der kommunale Spitzenverband der 294 Landkreise auf Bundesebene. Seine unmittelbaren Mitglieder sind die Landkreistage der 13 Flächenländer.

Der Deutsche Landkreistag vertritt die Interessen seiner Mitglieder und der kommunalen Selbstverwaltung insgesamt gegenüber den Organen des Bundes



2. Rolle der Landkreise im Gesundheitswesen (1)

- Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung
- eigene Trägerschaft von Krankenhäusern
- häufig finanzielle Beteiligung an der Investitionsfinanzierung der Länder
- Öffentlicher Gesundheitsdienst
- Träger des Rettungsdienstes
- Beteiligung an der Planung der ambulanten Versorgung



2. Rolle der Landkreise im Gesundheitswesen (2)

- In Deutschland gibt es (zu) viele Leistungssegmente mit unterschiedlichen Verantwortungsträgern, die nur punktuell zusammenarbeiten.
- Vernetzung und Koordinierung der Sicherstellung der flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung ist eine der wesentlichen Zukunftsaufgaben kommunaler Selbstverwaltung auf der Kreisebene
- Daraus folgt:
- Mitwirkung der kommunalen Ebene im Gemeinsamen Bundesausschuss
- Obligatorisches sektorenübergreifendes Landesgremium nach § 90a SGB V und zwingende Mitwirkung der kommunalen Ebene



3. Ausdünnung der Infrastruktur im ländlichen Raum

- Vor allem in strukturschwachen ländlichen Räumen ist die Sicherung auch anderer Aufgaben der Daseinsvorsorge nicht dauerhaft gesichert bzw. wird erhebliche Kosten für verbleibende Einwohner nach sich ziehen. Z. B.:
- Wasserversorgung und Abwasserentsorgung
- Öffentlicher Personennahverkehr
- Schulen und Kindertagesstätten
- Breitbandversorgung als Basistechnologie des 21. Jahrhunderts
- Verwaltungsdienstleistungen in der Fläche; ebenso Bank-Dienstleistungen



4. Ärztemangel im ländlichen Raum (1)

- a) Kassenärztliche Vereinigungen haben zunehmend Schwierigkeiten, freie Arztsitze zu besetzen.
- b) Krankenhäuser haben ähnliche Probleme, können diese bislang teilweise über Arbeitsverdichtung ausgleichen, aber das Ende ist hier schnell erreicht, auch bei größeren Häusern.
- c) Zukunft liegt also auch in der effizienteren Ausnutzung der Personalressource „Arzt“ wie auch anderer medizinischer Fachkräfte.



4. Ärztemangel im ländlichen Raum (2)

- d) Dies geht nur in enger Kooperation, ggf. auch mal Verschmelzung von ambulantem und stationärem Sektor.
- e) Aber wie bringen wir Arzt und Patient zueinander?
Die Arztzeit ist zu kostbar auf Dauer, um sie bei Hausbesuchen und insbesondere auf Wegstrecken zu verbrauchen. Aber die Mobilität sinkt, also müssen Arzt und Patienten näher aneinander gebracht werden durch organisierte Sammeltransporte, ortsnahe Sprechstunden außerhalb des eigentlichen Praxissitzes o.ä.



4. Ärztemangel im ländlichen Raum (3)

- f) Seit zehn Jahren und mehr ist in den betroffenen Regionen kein wirklich substantieller Fortschritt erkennbar.
- g) Nach erfolglosen und teilweise kontraproduktiven Gesetzesänderungen in der 17. Legislaturperiode hat die amtierende Koalition immerhin deutlichen Fortschritt gebracht (GKV-VSG)
- h) Auch die Gesprächskultur zwischen KVen und kommunaler Ebene hat sich seit 2008 (Beginn der Gespräche mit der KBV) deutlich verbessert.



5. Zukunftsszenario der medizinischen Versorgung (nicht nur) auf dem Land (1)

- a) Der Arzt als Einzelkämpfer in freier Niederlassung als klassisches Modell dürfte in Zukunft ausgedient haben.
- b) Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind schon länger ein Einstieg in eine enge Kooperation ambulant – stationär.
- c) Die Kooperation zwischen Ärzten in offener, aber vor allem in verbindlicher Form ist eine wichtige Zukunftsform der ambulanten ärztlichen Versorgung (Ärzte-Genossenschaften, GmbH u.ä.).



5. Zukunftsszenario der medizinischen Versorgung (nicht nur) auf dem Land (2)

- d) Dasselbe ist genau so in privater Form mit einem „Träger“, vielleicht freigemeinnützig oder privat, möglich. Ein solcher Träger kann auch ein Krankenhaus oder ein Krankenhausträger sein – warum nicht?
- e) Aber: Landkreise sind keine Ausfallbürgen für das System der Kassenärztlichen Vereinigungen.



6. Krankenhäuser als Kristallisationspunkt

- a) Krankenhäuser haben zahlreiche Einrichtungen, Dienste, Serviceangebote, die effizient auch von ambulant tätigen Ärzten genutzt werden sollten (oder umgekehrt).
- b) Krankenhäuser werden ohnehin auch in der Fläche gebraucht; es sei nur erinnert an den Rettungsdienst (Notlage vieler kassenärztlicher Notdienste!) und an die Frage, was passiert eigentlich mit dem Patienten, wenn er notärztlich versorgt ist? (Intensivmedizin in erreichbarer Entfernung)
- c) Ob Krankenhäuser dann auch Anstellungsträger werden oder andere Institutionen übernehmen, wird man sehen, es ist letztlich nicht die entscheidende Frage.



7. Notfallversorgung und Rettungsdienst (1)

- Inanspruchnahme des Rettungsdienstes steigt immer weiter, ebenso die Nutzung der Notaufnahmen an Krankenhäusern
- Kassenärztlicher Notdienst ist nicht mehr überall gesichert.
- Zudem macht der (allzu häufige) Notdienst die Ansiedlung in dünn besiedelten ländlichen Räumen noch unattraktiver.
- Systeme 112 und 116 117 müssen organisatorisch zusammengeführt werden – in der kommunalen Leitstelle
- Ob es in ländlichen Räumen mal zu einer Vereinigung kommen sollte bleibt abzuwarten.
- Jedenfalls ist die Tätigkeit in der KV-Bereitschaft zukünftig besser zu vergüten.



8. Notfallversorgung und Rettungsdienst (2)

- KBV: „Wir können Bereitschaftsdienst“ 😊
- Die acht Punkte der KBV lassen sich wie folgt zusammenfassen: wir machen weiter so wie bisher, aber dafür brauchen wir mehr von allem, nicht zuletzt mehr Geld.
- Aber eines wissen wir, auch wenn die Lösung ganz und gar nicht leicht ist: Das jedenfalls ist NICHT die Lösung für strukturschwache ländliche Räume.



9. Planung und Finanzierung

- DLT wird sich in den nächsten Monaten konzeptionell mit den Fragen der Versorgung, Planung und Finanzierung befassen. Daher nachfolgend persönliche Auffassungen.
- Die getrennte Planung von ambulantem und stationärem Sektor – zudem nach unterschiedlichen Logiken – könnte auf Dauer nicht mehr tragbar sein.
- Dies müsste dann auch Veränderungen bei der Finanzierung nach sich ziehen. Insbesondere müsste die Systematik einander angenähert werden. Und die Vergütung erfolgte dann im Rahmen des jeweiligen Sektors, nicht nach der Zugehörigkeit des Leistungserbringers zu einem System.



**Beigeordneter
Jörg Freese**

Deutscher Landkreistag
Ulrich-von-Hassell-Haus
Lennéstraße 11
10785 Berlin

Telefon: +49 (0) 30 / 59 00 97 - 340
Telefax: +49 (0) 30 / 59 00 97 - 430
E-Mail: Joerg.Freese@Landkreistag.de
Internet: www.Landkreistag.de