

Bernd J. Hartmann (Hrsg.)

30. Bad Iburger Gespräche

Kommunen und Gesundheitswirtschaft

6. November 2019

www.big.uni-osnabrueck.de

Inhalt

Vorwort.....	5
Tagungsprogramm.....	6
Eröffnung des Symposiums.....	8
PROFESSOR DR. BERND J. HARTMANN, LL.M. (VIRGINIA)	
Rolle und Aufgaben der Kommunen in der Gesundheitswirtschaft.....	11
STAATSEKRETÄR HEIGER SCHOLZ	
Diskussionsbericht (1. Teil).....	22
DIPL.-JUR. HANNA KEMPER	
Krankenversorgung als staatliche und kommunale Aufgabe	28
PROFESSOR DR. JÖRN IPSEN	
Hat das Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft Zukunft?.....	37
DR. H.C. FRITZ BRICKWEDDE	
Diskussionsbericht (2. Teil).....	46
DR. GEORGIA MARFELS	
Gesundheitsfinanzierung durch Kommunen – Bestandsaufnahme und Herausforderungen	50
PROFESSOR DR. HUBERT MEYER/INES HENKE	
Kommunale Krankenhäuser	70
BERNHARD ZIEGLER	
Diskussionsbericht (3. Teil).....	79
DIPL.-JUR. STEFAN JANSEN	
Gesundheitsfürsorge in der Region – ein Werkstattbericht.....	83
KREISRÄTIN DR. SIGRID KRAUJUTTIS	

Diskussionsbericht (4. Teil).....	95
DIPL.-JUR. THERESE NEUFFER	
Verzeichnis der Tagungsteilnehmer	96

Vorwort

Die Bad Iburger Gespräche zum Thema „Kommunen und Gesundheitswirtschaft“ sind auf reges Interesse gestoßen. Rund 80 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben sich am 6. November 2019 in Osnabrück versammelt, um die Vorträge der Referenten zu hören und zu diskutieren. Ich freue mich, die Tagung und ihre Ergebnisse auf diesem Weg allgemein zugänglich zu machen. Auf eine Vereinheitlichung der Gliederungs- und Zitiertweise haben wir verzichtet.

Osnabrück, im Februar 2020

Professor Dr. Bernd J. Hartmann, LL.M. (Virginia)
– Geschäftsführender Direktor des IKV –

Tagungsprogramm

- 10.00 Uhr** **Eröffnung des Symposiums**
Professor Dr. iur. Bernd J. Hartmann, LL.M. (Virginia)
Universität Osnabrück
- Grußwort**
Landrätin Anna Kepschull, Landkreis Osnabrück
- 10.15 Uhr** **Rolle und Aufgaben der Kommunen in der Gesundheitswirtschaft**
Referent: *Heiger Scholz, Staatssekretär im Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung*
- Diskussion**
Leitung: *Professor Dr. iur. Bernd J. Hartmann, LL.M. (Virginia)*
- 11.15 Uhr** **Krankenversorgung als staatliche und kommunale Aufgabe**
Referent: *Professor Dr. iur. Jörn Ipsen, Universität Osnabrück, Präsident des Niedersächsischen Staatsgerichtshofs a.D.*
- 11.45 Uhr** **Hat das Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft Zukunft?**
Referent: *Dr. h.c. Fritz Brickwedde, Vorsitzender des Aufsichtsrats, Klinikum Osnabrück GmbH*
- 12:15** **Diskussion**
Leitung: *Professorin Dr. iur. Pascale Cancik, Universität Osnabrück*
- 12.45 Uhr** **Mittagspause**
- 14.00 Uhr** **Kommunale Gesundheitsfinanzierung**
Referent: *Prof. Dr. Hubert Meyer/Ines Henke, Niedersächsischer Landkreistag, Sachverständige der genannten Enquête-Kommission*
- Kommunale Krankenhäuser**
Referent: *Bernhard Ziegler, Itzehoe, Vorsitzender des Vorstands, Interessenverband kommunaler Krankenhäuser e.V., Berlin*
- 15.00 Uhr** **Diskussion**
Leitung: *Professorin Dr. iur. Pascale Cancik, Universität Osnabrück*
- 15.30 Uhr** **Kaffeepause**

- 16.00 Uhr** **Gesundheitsfürsorge in der Region – ein Werkstattbericht**
Referentin: *Kreisrätin Dr. Sigrid Kraujuttis*, Dezernentin für Soziales,
Jugend und Gesundheit, Landkreis Emsland
- 16.30 Uhr** **Diskussion und Schlusswort**
Professor Dr. Bernd J. Hartmann, LL.M. (Virginia)

Eröffnung des Symposiums

Professor Dr. Bernd J. Hartmann, LL.M. (Virginia)

Meine sehr verehrten Damen, meine sehr geehrten Herren,

schön, Sie zu sehen! Die Veranstalter dieser Gespräche, Frau Kollegin Cancik, Herr Kollege Ipsen und ich begrüßen Sie ganz herzlich im Kreishaus. Ich freue mich, dass Sie alle wohlbehalten in Osnabrück eingetroffen sind. Das freut mich jedes Jahr, aber in diesem Jahr passt es besonders gut zu unserem Thema „Kommunen und Gesundheitswirtschaft“.

Die Gesundheit gehört erfahrungsgemäß zu jenen Zuständen, die wir für selbstverständlich zu halten geneigt sind – solange, bis uns etwas fehlt. Das gilt für die meisten von uns persönlich, es gilt aber auch juristisch – so hat der Bundesgerichtshof die Gesundheitsschädigung im Zusammenhang mit der Körperverletzung gem. § 223 StGB als Abweichung vom, so wörtlich, „Normalzustand“¹ definiert – und es gilt drittens für die Kommunen, die die Gesundheitsversorgung vor Ort lange für selbstverständlich gehalten haben und für selbstverständlich halten durften.

Das ist heute nicht mehr so. Es gibt viele Belege für diesen Befund. In der Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“, die die Bundesregierung im letzten Jahr eingesetzt hatte, ging es auch darum, wie eine – ich zitiere wörtlich – „wohnortnahe und qualitativ hochwertige ambulante und stationäre medizinische Versorgung“ nachhaltig gewährleistet werden könne. Die Kommissionsvorsitzenden empfehlen dazu in ihren Schlussfolgerungen – einen Abschlussbericht der gesamten Kommission gibt es meines Wissens nicht – u.a. die Instrumente digitaler Vernetzung, der Telemedizin und mobiler Versorgung stärker zu nutzen, im Bereich der „Krankenhausversorgung“ größere Anstrengungen zu unternehmen und den Kommunen „mehr aktive Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der Ausrichtung der pflegerischen Versorgungsangebote vor Ort“ zu verschaffen.² Die Komparative stärker, größer und aktiver belegen, dass es den

¹ BGHSt 36, 262 (265)=NJW 1990, S. 129 (129) m.w.N. (Gesundheitsschädigung, da „körperliche[r] Normalzustand des Opfers tiefgreifend verändert“).

² Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (Hrsg.), Unser Plan für Deutschland – Gleichwertige Lebensverhältnisse überall. Schlussfolgerungen von Bundesminister Horst Seehofer als Vorsitzendem sowie Bundesministerin Julia Klöckner und Bundesministerin Dr. Franziska Giffey als Co-Vorsitzenden zur Arbeit der Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“, Berlin, Juli 2019, S. 13

Vorsitzenden bloß um ein Mehr des Altbekanntes geht – und nicht etwa um grundlegend Neues.

In Niedersachsen hat der Landtag Ende letzten Jahres die Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ eingesetzt, so der Einsetzungsbeschluss. An der Benennung der Kommission sehen Sie zweierlei: Zum einen stimmen die Ziele in Bund und Land offenbar überein – jedenfalls auf abstrakter Ebene. Zum anderen vermag es die Politik in Bund und Land offenbar nicht, das Wort „hochwertig“ ohne den Zusatz „qualitativ“ auf das Papier zu bringen, obwohl „hochwertig“ selbstverständlich ein Qualitätskriterium ist. Es verfällt daher auch kaum jemand auf den Gedanken, hohe Zahlen als „quantitativ hochwertig“ zu beschreiben.³

Zu den Mitgliedern Kommission gehören gleich mehrere Sachverständige, die Sie in unserem Tagungsprogramm finden konnten. Den Niedersächsischen Landkreistag vertreten Professor *Hubert Meyer* und *Ines Henke*, die gemeinsam einen Beitrag zur „Kommunalen Gesundheitsfinanzierung“ vorbereitet haben. Kreisrätin *Dr. Sigrid Kraujuttis* beschäftigt sich als Gesundheitsdezernentin im Emsland schon seit langer Zeit gründlich mit dem Thema. Sie erstattet uns heute einen Werkstattbericht zu dem Thema „Gesundheitsfürsorge in der Region“.

Wenn die Abweichung vom Normalzustand allzu groß wird, schlägt die Stunde der Krankenhäuser, die auch Gesundheitshäuser heißen könnten, aber eben nicht heißen. Über die Gegenwart und Zukunft kommunaler Krankenhäuser sprechen *Bernhard Ziegler*, Vorsitzender des Vorstands im Interessenverband kommunaler Krankenhäuser, und *Dr. h.c. Fritz Brickwedde*, Vorsitzender des Aufsichtsrats des hiesigen Klinikums. Dessen Rechtsform, eine GmbH, und die Funktionsbezeichnungen der beiden Referenten als Vorsitzende des Vorstands und des Aufsichtsrats zeigen in gewisser Weise, dass die Gesundheitsversorgung tatsächlich ein Wirtschaftszweig ist, wenn auch ein hochregulierter und zudem einer, in der Menschen – diese Hoffnung gebe ich nicht auf – auch aus Idealismus und nicht nur zur Gewinnmaximierung tätig sind. Herr Brickwedde spricht gleich nach Professor *Jörn Ipsen*, der heute die staatlichen und kommunalen Aufgaben im Bereich der Krankenversorgung behandeln wird und dazu in besonderer Weise berufen ist, nicht nur als ehemaliger Präsident des Staatsgerichtshofs, sondern auch wegen seiner früheren Tätigkeit für die Medizinische Hochschule Hannover. Dass der Begründer der Bad Iburger Gespräche, die vor 30 Jahren ihre Premiere feierten, zu

bzw. S. 23 (online unter <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/themen/heimat-integration/gleichwertige-lebensverhaeltnisse/unser-plan-fuer-deutschland-langversion-kom-gl.pdf>, Abfrage zuletzt am 09.11.2019).

³ Beck online jedenfalls verzeichnet für juristische Texte nur zwei Ausnahmen, beide aus Kommentaren zum Arbeitsrecht (Stand: 06.11.2019).

diesem Jubiläum das erste Mal einen eigenen Vortrag hält, freut mich besonders. Sie sehen, wir begehen den runden Geburtstag ganz unaufgeregt und feiern den Anlass so, wie wir glauben, dem Kommunalrecht am besten dienen zu können: mit sorgfältiger, manchmal mühevoller und kleinteiliger, am Ende aber hoffentlich lohnender Sacharbeit.

Unsere illustren Referentinnen und Referenten sind der Grund, warum wir uns auf die Tagung freuen dürfen. Bitte erlauben Sie, dass ich den Eröffnungsreferenten etwas näher vorstelle. Es ist Staatssekretär *Heiger Scholz*, der die Rolle und die Aufgaben der Kommunen in der Gesundheitswirtschaft beleuchtet wird. Das tut er vor dem Hintergrund seiner eigenen Rolle und seiner eigenen Aufgaben im Niedersächsischen Ministerium für Gesundheit. Aber er wird, da bin ich zuversichtlich, dabei seine frühere Rolle und seine früheren Aufgaben nicht ganz vergessen haben. Staatssekretär Scholz hat, bevor er vor knapp zwei Jahren in die Landesregierung eintrat, nach dem Studium in Göttingen und den beiden juristischen Staatsexamina fast zwanzig Jahre im damaligen Landkreis Hannover sowie in der Stadt Seelze gearbeitet, bevor er gut zehn Jahre lang die Geschäfte des Niedersächsischen Städtetags geführt hat.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, bevor wir das erste Referat hören, dürfen wir uns auf ein Grußwort freuen, das uns ehrt. Die neue Landrätin, *Anna Keschull*, ist erst seit verganginem Freitag und damit noch keine ganze Woche im Amt. Am Tag des Amtsantritts Frau Keschulls – das kann kein Zufall sein – hat der Deutsche Landkreistag per Pressemitteilung bekannt gemacht, welchen Parteien die Landrätinnen und Landräte angehören, und auch ausgezählt, welchen Geschlechts sie sind.⁴ Nun sind die beiden Kriterien gewiss nicht in jeder Beziehung gleich wichtig. Das Ergebnis will ich Ihnen trotzdem nicht vorenthalten: In Deutschland stellen CDU/CSU über die Hälfte und stellt die SPD rund ein Fünftel der Landräte. Bündnis 90/Die Grünen ist die Partei des Amtswalters in genau drei von 294 Landkreisen. Frauen gibt es 28 in diesem Amt, diese Quote liegt im einstelligen Prozentbereich. Sie sehen, eine grüne Landrätin ist etwas Besonderes: Frau Landrätin, wir freuen uns sehr, dass Sie als Hausherrin Ihre gewissermaßen erste Amtshandlung für die Bad Iburger Gespräche reserviert haben. Haben Sie herzlichen Dank!

⁴ Deutscher Landkreistag, Landrätinnen und Landräte: Gut die Hälfte Schwarz, ein Fünftel Rot, Pressemitteilung vom 1. November 2019, online unter <https://www.landkreistag.de/presseforum/pressemitteilungen/2940-landraetinnen-und-landraete-gut-die-haelfte-schwarz-ein-fuenftel-rot> (Abfrage zuletzt am 09.11.2019).

Rolle und Aufgaben der Kommunen in der Gesundheitswirtschaft

Staatssekretär Heiger Scholz, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Als ich vor über 30 Jahren nach dem großen Examen beim Landkreis Hannover zu arbeiten begonnen habe, hätte mein Thema so kaum lauten können: Ich bin nicht einmal sicher, dass es den Begriff der „Gesundheitswirtschaft“ damals außerhalb ökonomischer Kreise schon gab.

Die Aufgabenverteilung war aber klar: den Landkreisen und kreisfreien Städten oblag als Aufgabe der Daseinsvorsorge die Sicherung von Krankenhäusern. Auch einige Städte unterhielten Häuser, viele Kommunen, auch Landkreise, unterhielten Altenheime, viele Städte und Gemeinden Gemeindeschwestern oder Sozialstationen. Und es war allen klar, dass dafür Zuschüsse benötigt werden.

Für die Versorgung mit Ärzten war unbestritten die kassenärztliche Vereinigung zuständig, und ich erinnere mich nicht, vor Ende der Neunzigerjahre den Begriff „Ärztemangel“ gehört oder verwendet zu haben. Ganz im Gegenteil: gab es in meinem Heimort in meiner Kindheit drei praktische Ärzte, so waren dort später fünf oder sechs Mediziner tätig.

Wollte ich das Thema nur de lege lata behandeln, wären wir immer noch bei dieser Beschreibung: § 1 des niedersächsischen Krankenhausgesetzes bestimmt: *(1) ¹ Die Landkreise und kreisfreien Städte haben die Krankenhausversorgung der Bevölkerung als Aufgabe des eigenen Wirkungsbereiches nach Maßgabe des Krankenhausplans und des § 2 dieses Gesetzes sicherzustellen. ² Sie haben eigene Krankenhäuser zu errichten und zu unterhalten, soweit die Krankenhausversorgung nicht durch andere Träger gewährleistet wird.*

Abgesehen vom öffentlichen Gesundheitsdienst gibt es weitere Zuschreibungen für die kommunale Ebene nicht. Und noch vor wenigen Jahren habe ich mich in alter Funktion heftig dagegen gewehrt, den Städten und Gemeinden eine eigene Aufgabe vor allem bei der Ärzteversorgung zuzumuten. Entsprechende Diskussionen gibt es seit gut zehn Jahren. Nach knapp zwei Jahren im nicht mehr ganz so neuen Amt nehme ich das eine oder

andere anders wahr als damals, sehe vor allem die Sorge in weiten Teilen des Landes um eine ausreichende Ärzteversorgung – und zu wem gehen die Menschen damit? Wie mit fast allem anderen natürlich zu ihrer Bürgermeisterin, ihrem Bürgermeister.

Erlauben Sie mir darum, dass ich einige Punkte anspreche, die noch nicht völlig zu Ende gedacht sind, ganz sicher nicht in allen Fällen abschließend geklärte Positionen der Landesregierung oder auch nur unseres Hauses darstellen. Aber die Bad Iburger Gespräche dienen ja traditionell nicht nur der Bestandsaufnahme, sondern auch dem Ausblick nach vorn.

Grundsätzlich gilt nach wie vor: Das Land setzt im Rahmen der Bundesregelungen den ordnungspolitischen Rahmen, trägt Ideen und Projektförderungen bei und natürlich die Verantwortung für die Investitionen in Krankenhäuser. Ich komme darauf zurück.

Aber anders als bis vor wenigen Jahren ist mein Eindruck schon, dass Gesundheitswirtschaft, wenn ich diesen Begriff einmal akzeptiere, dass Gesundheitsversorgung immer mehr auch Thema der kommunalen Daseinsvorsorge wird. Wie immer zeichnen sich Entwicklungen zuerst in Städten und Gemeinden und Landkreisen ab.

Zur Gesundheitswirtschaft gehören alle Wirtschaftszweige, die mit Gesundheit zu tun haben:

- im Kernbereich die ambulante und stationäre Versorgung,
- dann die Pflege, Bäderwesen, Apotheken, Selbsthilfe und Verwaltung.
- weiter gehören dazu Pharmazeutische Industrie, Medizintechnik, Gesundheits-handwerk, Biotechnologie, Beratung und Handel mit Gesundheitsprodukten.
- Und schließlich im Randbereich traditionelle kommunale Themen wie Gesunde Ernährung, Betreutes Wohnen, Gesundheitstourismus Wellness sowie Sport und Freizeit.

All diese Themen anzugehen, würde den Rahmen des Vortrags sprengen. Aus diesem Grund möchte ich mich im Folgenden konzentrieren auf

- die ambulante und
- die stationäre Versorgung.

Hierbei werde ich auch auf die aktuellen Aspekte der sektorenübergreifenden Versorgung und der Digitalisierung eingehen.

Zur ambulanten Versorgung:

In der ambulanten Versorgung scheinen sich die aktuellen Probleme am deutlichsten abzuzeichnen. Einwohnerinnen und Einwohner sind angewiesen auf eine gute, erreichbare ambulante ärztliche Versorgung in der Stadt und auf dem Land.

Große Herausforderungen sind die älter werdende Gesellschaft, der Ärztemangel insbesondere auf dem Land und auch die älter werdenden Ärzte. Interessanterweise sprechen wir vom Ärztemangel, obwohl es nie so viele Ärztinnen und Ärzte gab wie heute. Aber die Lebensplanung ist heute eine andere als früher: der Hausarzt meiner Kindertage machte morgens Hausbesuche, dann Praxis, dann kurze Mittagspause, anschließend Hausbesuche, dann wieder Praxis und wieder Hausbesuche und kam so locker auf zwölf Arbeitsstunden und mehr am Tag. Kaum jemand ist heute noch bereit, so zu arbeiten. Die hohe Zahl von Ärztinnen führt auch dazu, dass die Frage nach der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, ganz anders gestellt wird. Die Kommunen bekommen das direkt und unmittelbar zu spüren.

Was tun wir als Land, und wo können wir gemeinsam ansetzen, um diesen Herausforderungen zu begegnen?

Zum einen erhöhen wir in den nächsten Jahren die Zahl der Studienplätze deutlich; dann versuchen wir, Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit als Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner auf dem Land zu gewinnen. Stichworte sind Stipendien für Studentinnen und Studenten, Förderung im praktischen Jahr und die Förderung von Quereinsteigern.

Ein weiteres Stichwort ist die Landarztquote für die Studienplatzvergabe. Darüber ist aber das letzte Wort noch nicht gesprochen. Wie ich weiß, gibt es auch einige Städte und Gemeinden, die mit ähnlichen Maßnahmen versuchen, Medizin Studierende an sich zu binden. Ob ein interkommunaler Wettbewerb hier hilfreich sein kann, wage ich aber deutlich zu bezweifeln.

Welche Instrumente haben wir darüber hinaus?

An erster Stelle möchte ich die Gesundheitsregionen nennen:

Mit den Gesundheitsregionen in Niedersachsen haben wir ein Instrument, das es den Kommunen und Landkreisen ermöglicht, eher informell Einfluss auf die Gesundheitsversorgung zu nehmen.

Die Erfahrungen aus den Gesundheitsregionen zeigen, dass die Regionen davon profitieren, wenn alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteurinnen und Akteure eingebunden werden und an einem Strang ziehen.

Die kommunale Ebene mit ihrer Kenntnis der

- sozialen,
- kulturellen
- und gesundheitlichen Belange der Menschen vor Ort

ist bestens geeignet, diese Herausforderungen anzunehmen.

Unser Ziel ist klar:

eine möglichst wohnortnahe und hochwertige gesundheitliche Versorgung für alle Menschen in Niedersachsen.

Die demografische Entwicklung verläuft nicht überall gleich, daher sind lokale und regionale Modelle besonders geeignet, auf die Bedingungen vor Ort einzugehen.

Das ist der Grundgedanke, der hinter den Gesundheitsregionen steht. Das Ziel ist eine sektorenübergreifende Vernetzung der ambulanten, stationären und pflegerischen Versorgung auf regionaler und auch mittlerweile überregionaler Ebene.

Zurzeit erhalten 38 von insgesamt 47 potentiellen Antragstellern – das sind die Landkreise und kreisfreien Städte in Niedersachsen sowie die Region Hannover – Fördermittel für regionale Projekte und insbesondere den Strukturaufbau oder Strukturerhalt.

Unser Ziel ist, dass wir bald nach und nach die Lücken auf der Niedersachsenkarte schließen können.

Doch wo können die Kommunen über diese weichen Faktoren hinaus aktiv werden, um Einfluss auf die ambulante ärztliche Versorgung zu nehmen?

Möglich ist dies, durch die Bildung von kommunalen medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

Seit 2015 gelten Kommunen auch als regelhaft zulässige Träger von MVZ, gleichwertig zu Vertragsärzten, Kliniken und Dialyseträgern.

Trotz dieser gesetzlichen Erleichterungen treten bisher nur vereinzelt Kommunen als MVZ-Träger in Erscheinung. Es gibt bundesweit weniger als zehn kommunale MVZ. Völlig zu Recht schrecken die meisten Kommunen davor zurück, sich diese Verantwortung ans Bein zu binden. Ich habe das – wie gesagt – noch vor wenigen Jahren auch so gesehen.

Gleichwohl: in einer Gesundheitslandschaft, in der vor allem die großen privaten Krankenhausketten inzwischen dazu übergehen, sich nicht nur Facharztsitze zu kaufen sondern auch hausärztliche Praxen, stellt sich die Frage vielleicht neu.

Soll nicht die medizinische Versorgung insgesamt einer Trust-Bildung unterworfen werden, die die Wertschöpfungskette vom Hausarzt über das örtliche Krankenhaus bis hin zum Maximalversorger und der anschließenden Pflege in einer Hand zusammenführt, muss es andere Lösungen geben.

Um einer Kommune die Gründung eines MVZ zu erleichtern, kann es hilfreich sein, sich einen kompetenten Partner zu suchen: z.B. erfahrene Praxismanager oder Leistungserbringer vor Ort, die bereit sind, beim MVZ-Aufbau mitzuwirken. Wesentlich ist, eine solche Gründung nicht gegen, sondern in Kooperation mit vorhandenen Ärzten und Krankenhäusern vor Ort anzugehen.

Medizinische Versorgungszentren sind gut geeignet, um die Ärzteschaft aufs Land zu bringen. Junge Medizinerinnen und Mediziner sind zunehmend an Anstellungsverhältnissen mit hoher Flexibilität interessiert. Sie brauchen eine Perspektive für Ihre private Lebensplanung. Der Betrieb einer Einzelpraxis ist für viele nicht verlockend.

Medizinische Versorgungszentren können daher mit ihren Möglichkeiten der Spezialisierung, Urlaubsregelungen und Teilzeitarbeit attraktive Arbeitgeber sein.

Das kommunale MVZ in Werlte nimmt in dieser Hinsicht eine Vorreiterrolle ein. Es ist niedersachsenweit das einzige MVZ in kommunaler Trägerschaft. In Kooperation mit dem Hümmling Hospital in Sögel werden sogar orthopädische Sprechstunden im MVZ angeboten. Die angestellten Ärzte können sich auf ihre medizinische Tätigkeit konzentrieren, während der Geschäftsführer des MVZ die administrativen Aufgaben übernimmt. Das MVZ Werlte ist also ein Beispiel für eine gelungene Kooperation zum Wohl der Patienten.

Wir möchten die Gründung von kommunalen medizinischen Versorgungszentren unterstützen. Wir fördern daher Neugründungen mit bis zu 50.000 Euro.

Stationäre Versorgung

Kaum ein Thema wird so regelmäßig diskutiert und ist so emotional besetzt wie die Krankenhausversorgung.

Wir haben derzeit in Niedersachsen 172 Krankenhäuser, die insgesamt eine hochwertige und gut erreichbare Krankenhausversorgung im Flächenland Niedersachsen sicherstellen.

Nach Bundesrecht müssen die Länder dafür Sorge tragen, dass es eine Trägervielfalt bei den Krankenhäusern gibt. Ein ausgewogenes Verhältnis von öffentlichen/kommunalen, freigemeinnützigen/kirchlichen sowie privaten Krankenhausträgern ist also sicher zu stellen. Man mag das vor dem Hintergrund der Daseinsvorsorge hinterfragen.

In den letzten Jahren konnte jedenfalls dieses ausgewogene Verhältnis stabilisiert werden. Es gibt derzeit kaum noch sogenannte „Krankenhausprivatisierungen“ in Niedersachsen.

Insgesamt ist die Trägersituation in Niedersachsen relativ ausgeglichen: gut 36 % (= 63) der Krankenhäuser sind in privater Trägerschaft, bei knapp 39 % (= 67) ist die Kirche Träger. Für über 24 % (= 42) sind die Kommunen verantwortlich.

Sieht man sich hingegen den Anteil der Krankenhausbetten differenziert nach den drei Trägerarten an, so ergibt sich ein etwas anderes Bild: 41% der Krankenhausbetten in Niedersachsen werden durch kommunale Krankenhäuser – also 24 % der Häuser - betrieben, die Privaten haben hier nur einen Anteil von 23%, die kirchlichen Träger immerhin einen Anteil von 36%.

Vor allem von kleineren Häusern haben sich die früheren kommunalen Träger also getrennt. Mancherorts wird das inzwischen bedauert, z. B. im Landkreis Goslar. In Delmenhorst und Diepholz ist die Rekommunalisierung bereits erfolgt.

Wir sehen: die kommunalen Krankenhäuser spielen bei der Versorgung in Niedersachsen eine herausragende und unverzichtbare Rolle.

Die – neben den Hochschulkliniken – größten Krankenhäuser in Niedersachsen finden sich nahezu allesamt in kommunaler Trägerschaft: Braunschweig, Wolfsburg, Hannover, Celle, Lüneburg, Stade, Osnabrück und Wilhelmshaven.

Diese unverzichtbaren Eckpfeiler der stationären Versorgung in Niedersachsen in kommunaler Trägerschaft zu erhalten, ist meiner Ministerin ein besonderes Anliegen.

Gleichwohl müssen wir uns mit dem Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft auseinandersetzen. Der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser wird immer größer, das Angebot in den Krankenhäusern verändert sich in Folge des demografischen Wandels und medizinisch-technischen Fortschrittes und insbesondere im Pflegebereich nimmt das Fachkräfteproblem immer stärkere Ausmaße an.

Wie sich die Krankenhausversorgung der Zukunft entwickeln wird, ist aktuell Gegenstand intensiver und auch kontroverser Diskussionen. Das ist auch verständlich, denn die Perspektiven sind unterschiedlich:

- die Sicht der Kostenträger, also der Krankenkassen,
- die Sicht der Krankenhausträger oder der Krankenhausgesellschaft,
- die Sicht der Kommunen, der Städte und Landkreise,
- die Sicht der Politik
- und besonders wichtig: die der Patientinnen und Patienten.

Alle eint ein Ziel: für die Menschen in Niedersachsen eine zukunftsfähige stationäre Krankenversorgung vorzuhalten.

Wie aber sieht die aus?

Qualitativ hochwertig und möglichst wohnortnah, für alle Bürgerinnen und Bürger, in der Stadt und auch im ländlichen Raum?

Die Weichen für eine gute stationäre Krankenversorgung von morgen müssen wir schon heute stellen.

Die Niedersächsische Landesregierung tut dies auf unterschiedliche Art und Weise:

Schon in der letzten Legislaturperiode haben wir in Niedersachsen ein „Sondervermögen zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung“ mit einem Gesamtvolumen in Höhe von 800 Mio. Euro errichtet.

Das war der erste erfolgreiche Schritt, um den bis dahin aufgelaufenen Investitionsstau abzubauen.

In diesem Jahr hat die Landesregierung die Mittel für die Krankenhausinvestitionen in den Jahren 2019 bis 2022 auf jeweils rund 250 Mio. Euro erhöht.

Damit haben wir bis zum Ende dieser Legislaturperiode 1 Milliarde Euro zur Verfügung.

Ich bin mir sicher, dass es uns mit dieser finanziellen Ausstattung gelingen wird, weitere prioritäre Baumaßnahmen zu fördern. Aber trotzdem gilt: Die Ressource ist nie ausreichend, es könnte immer mehr sein!

Es geht aber vor allem darum, die Gelder vernünftig einzusetzen – also um zukunftsweisende Investitionskonzepte.

Seit einigen Jahren sagen wir in Niedersachsen ganz deutlich, dass wir nur in Krankenhäuser mit zukunftsfesten Strukturen investieren.

Eine Verteilung der Mittel nach dem Gießkannenprinzip können und wollen wir uns nicht leisten.

Für uns stehen Kooperationen, Fusionen und Schwerpunktbildungen im Fokus, denn nur so kommen wir zu den genannten zukunftsweisenden und auch zukunftsfesten Lösungen.

Um diese zu erarbeiten, hat der Niedersächsische Landtag Ende des letzten Jahres eine Enquete-Kommission eingesetzt, der 15 Mitglieder des Landtages sowie zehn Sachverständige angehören.

Ich bin sehr gespannt, welche konkreten Ergebnisse und neuen Erkenntnisse bis Mitte 2020 für den Bereich der stationären Krankenversorgung vorliegen werden.

Lassen Sie mich an dieser Stelle, auf einige Punkte hinweisen:

Die Diskussion wird häufig sehr „schwarz-weiß“ – will sagen nicht differenziert genug – geführt. Sie werden vermutlich auch die Diskussionen über die Vorschläge der Bertelsmannstiftung zu den Krankenhauskapazitäten mitbekommen haben.

Mit Blick insbesondere auf Dänemark kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass es in Deutschland zu viele Krankenhäuser gäbe.

Würde man das Modell in Dänemark zugrunde legen, würden in Niedersachsen maximal 40 Krankenhäuser statt derzeit 172 ausreichen.

Was keiner der Autoren allerdings geäußert hat, ist, dass solche internationalen Vergleiche hinken. So gibt es z.B. in Dänemark keine freie Arzt- und Krankenhauswahl, zudem ist das Gesundheitswesen in Dänemark steuer- und nicht beitragsfinanziert, was zu ganz anderen Handlungskompetenzen führt.

Die jüngste Bertelsmannstudie legt die Verhältnisse in Nordrhein-Westfalen zugrunde. Danach ist ein Gebiet mit ca. 400 Einwohnerinnen und Einwohnern pro km² dünn besiedelt. Einige Zahlen im Vergleich: in der Region Hannover leben 505 Einwohnerinnen und Einwohner pro km², im Durchschnitt in Niedersachsen 168, in Lüchow-Dannenberg 40. Die Übertragung von Verhältnissen in Nordrhein-Westfalen auf Niedersachsen ist also wenig hilfreich.

Nicht notwendig sind kleine Häuser schlechter als große – Qualität hängt immer an Engagement und Spezialisierung. Trotzdem zeigen Studien zur Qualität der Versorgung, dass die Sterbequote nach Herzinfarkt in kleinen Häusern im Durchschnitt deutlich höher ist, ebenso die nach einem Schlaganfall.

Wie immer stimmen bei Menschen Handlungen und Wünsche nicht lückenlos überein: Ein Krankenhaus muss spätestens in der Nachbarstadt liegen, aber für elektive, also planbare Eingriffe wählen sie sehr sorgfältig nach Qualität aus – über das gesamte Bundesgebiet.

Das Land kann vorsichtig durch die Krankenhausplanung steuern (Stichwort Versorgungsstufen), kann aber nicht für eine auskömmliche laufende Finanzierung sorgen. Zum Beispiel könnte im Rahmen der Krankenhausplanung die Notfallversorgung von kleinen allgemeinen Häusern getrennt und in leistungsstarken Kliniken konzentriert werden – das könnten wir regeln. Aber nach den Regularien erhalten dann die Häuser, die aus der Notfallversorgung ausscheiden, weniger Geld auch für die verbleibenden Patientinnen und Patienten. Also kämpfen sie bis aufs Messer, um in der Notfallversorgung zu bleiben.

Sektorenübergreifende Versorgung

Die bestehenden Sektorengrenzen ambulant / stationär stehen aus unserer Sicht einer tragfähigen Gesundheitsversorgung im Wege.

Sie erklären sich in der historischen Entwicklung verschiedener Gesetzesgrundlagen und Finanzierungssysteme.

In der medizinischen Versorgung werden die ambulante Versorgung und die ambulante Notfallversorgung durch den vertragsärztlichen Bereich sichergestellt und durch die GKV finanziert. Die Finanzierung der Krankenhäuser erfolgt für Investitionen durch die Länder und für deren Betrieb durch die GKV.

Wir haben also für diese Bereiche verschiedene Finanzierungssysteme und für deren Sicherstellung verschiedene Zuständigkeiten.

Für eine gute medizinische Versorgung wird es zunehmend wichtig, Behandlungsverläufe fach- und sektorenübergreifend ohne Brüche für die Patientinnen und Patienten zu betrachten: gegebenenfalls kann eine internistische Abteilung eben auch die Aufgaben der nicht vorhandenen fachinternistischen Praxis übernehmen. Gleichzeitig gilt es, die Schnittstelle zur ambulanten Pflege mit einzubeziehen. Für die Privaten ist zzt. die Gründung eines MVZ das Mittel der Wahl. Über die Möglichkeiten für die Kommunen habe ich eingangs gesprochen.

Digitalisierung

Unterstützen kann uns bei der Bewältigung der neuen Herausforderungen auch die Digitalisierung. Wir wollen die Möglichkeiten bewusst einsetzen und sie nutzen als Hilfestellungen bei der Lösung unserer aktuellen Herausforderungen in der Versorgung und im Gesundheitswesen. Digitalisierung darf kein Selbstzweck sein. Gerade in der notwendigen sektorenübergreifenden Versorgung können Telemedizin und die modernen Werkzeuge der Digitalisierung essentielle Unterstützungen bieten.

Ein Beispiel:

Wir erarbeiten zzt. zusammen mit der MHH ein Konzept für ein tolles Teleneurologieprojekt. Im Kern geht es darum, digitale Bilder aus kleinen Krankenhäusern an die Fachleute in der Stroke Unit an der MHH zur Befundung zu übermitteln. So ist dann auch eine Anleitung der Ärztinnen und Ärzte in dem kleinen Krankenhaus möglich. Wenn es uns gelingt dieses Projekt auszurollen, bringt uns das in der schnellen Versorgung Schlaganfall gefährdeter Menschen einen großen Schritt weiter.

Für den Masterplan Digitalisierung hat das Land erhebliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, von denen ein Teil für die Digitalisierung im Gesundheitswesen eingesetzt werden kann. Vorgesehen ist dies für den Roll Out des webbasierten Interdisziplinären VersorgungsNAchweises (IVENA).

IVENA ist eine Anwendung, mit der jederzeit in Echtzeit die aktuellen Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten der Krankenhäuser abgerufen werden. Beim Start im Jahr 2015 waren nur die Regionen um Hannover, Oldenburg und Osnabrück dabei.

Inzwischen ist IVENA fast in ganz Niedersachsen etabliert.

Wir halten uns an unsere Zusage und entlasten Krankenhäuser und Rettungsleitstellen bei den Kosten.

Schlusswort

Ich hoffe, ich konnte deutlich machen, wie wichtig die Kommunen als Träger der Daseinsvorsorge auch im Blick auf die Gesundheitsversorgung sind. Sicher: die Aufgaben wechseln im Laufe der Zeit. Mein Eindruck ist, dass wir uns gerade an einem solchen Punkt befinden.

Ich freue mich auf die heutige Tagung und auf die weiterhin gute Zusammenarbeit mit Ihnen.

Diskussionsbericht (1. Teil)

Von Dipl.-Jur. Hanna Kemper

Diskussion im Anschluss an den Vortrag von Staatssekretär Heiger Scholz (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung) zu dem Thema „Rolle und Aufgaben der Kommunen in der Gesundheitswirtschaft“

Professor Dr. Bernd J. Hartmann bedankte sich bei Staatssekretär Scholz für dessen Vortrag, in dem dieser kommunale Medizinische Versorgungszentren als Idee in der ambulanten Versorgung, den Wunsch des Ministeriums nach Erhalt kommunaler Häuser für die stationäre Behandlung sowie die Ferndiagnostik als Mittel zur Qualitätssicherung in Zeiten der Digitalisierung präsentierte, und lud zu Beiträgen ein.

Herr Franz Loth (Vertreter der Caritas und der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrt) eröffnete die Diskussion mit einer Anmerkung: Mit Blick auf die Bertelsmann-Stiftung sei zu beachten, dass deren Autoren allesamt in deutschen Großstädten leben würden und dementsprechend der Verdacht nahe liege, dass die Belange im ländlichen Raum nicht in ihrem Fokus stünden. Eine weitere Bemerkung galt den Investitionsmitteln, bei denen aus Sicht der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft (NKG) zwar in der Vergangenheit schon viel unternommen worden sei, allerdings weiterhin hohe Bedarfe bestünden. Zuletzt gab Herr Loth in Bezug auf die kleineren Krankenhäuser zu bedenken, dass – wenn auch nicht so drastisch, wie von der Bertelsmann-Stiftung gefordert – in den nächsten Jahren Krankenhäuser geschlossen würden und auch geschlossen werden müssten. Die zentrale Frage in diesem Zusammenhang sei jedoch, wer mit Blick auf bevorstehende Wahlen das Rückgrat habe, diese Schließungen vorzunehmen.

Staatssekretär Scholz erwiderte auf diese Frage mit einem Zitat des noch amtierenden Präsidenten der Europäischen Kommission, Jean-Claude Juncker, dessen Gedanke auch auf die Schließung von Krankenhäusern teilweise Anwendung finden könne: „Ich weiß schon, was man machen müsste, aber ich weiß nicht, wie man dann wiedergewählt werden soll.“ Mit Blick auf diese Problematik versuche das Land bereits, durch Investitionen steuernd zu unterstützen und durch eine Anpassung der Krankenhausplanung stärkere Instrumente zu erhalten, jedoch liege die Entscheidung einer endgültigen Schließung am Ende bei denjenigen, die zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung verpflichtet seien.

Deutlich herauszustellen sei aber, dass bereits an einigen Stellen ein Prozess der Zusammenlegung von Krankenhäusern in Gang gesetzt worden sei: Während in Emden und Aurich bereits eine Fusions-Entscheidung getroffen worden sei, würden im Heidekreis, im Landkreis Diepholz und im Landkreis Vechta entsprechende Diskussionen geführt werden. Jedoch sei Herrn Loth zuzustimmen, dass eine Zusammenlegung in der Regel einfacher sei, wenn die Entscheidung nicht kommunalpolitisch verantwortet werden müsse.

In einem weiteren Beitrag machte Bürgermeister Karl Urban (Gemeinde Rühren) auf Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung der Eröffnung eines Ärztehauses aufmerksam: Zum einen bestehe ein Problem bei der Gewinnung von Ärzten für das Ärztehaus, zum anderen sei es schwer, einen Betreiber zu finden, um die Daseinsvorsorge auf kommunaler Ebene zu gewährleisten. Er beschrieb die Situation der Gemeinde Rühren und bat sowohl Staatssekretär Scholz als auch alle Anwesenden um Unterstützung.

Staatssekretär Scholz gab zu bedenken, dass eine Samtgemeinde nicht zwingend auf private Investoren angewiesen sei, sondern grundsätzlich auch ein kommunales Medizinisches Versorgungszentrum betreiben könne. Hierzu sei eine Beratung im Ministerium jederzeit möglich. Jedoch merkte er an, dass die von Bürgermeister Urban erwähnte Mitgliedsgemeinde aufgrund der erforderlichen Verwaltungskraft vermutlich den Betrieb nicht alleine übernehmen könne, sondern vielmehr das Engagement jedenfalls der Samtgemeinde, wenn nicht sogar des Landkreises erforderlich sei. Mit Blick auf den Ärztemangel müsse man voraussichtlich damit leben, dass sich die Arztsitze perspektivisch auf die Grundzentren konzentrieren würden und es nicht gelingen werde, in jedem kleinen Ort eine Hausarztpraxis halten zu können.

Bürgermeister Jörg Makel (Gemeinde Nienhagen) führte anschließend ein Problem der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) in die Diskussion ein. Aufgrund von Personalmangel seien einige der Kinder-Intensivpflegeplätze nicht besetzt bzw. könnten nicht besetzt werden, obwohl die Pflegeplätze und die technische Ausstattung grundsätzlich vorhanden seien. Er richtete daher die konkrete Frage an Staatssekretär Scholz, was das Land Niedersachsen in Bezug auf das Problem des Fachkräftemangels unternehmen wolle.

An diesen Beitrag schloss sich Samtgemeindebürgermeisterin Daniela Kösters (Samtgemeinde Emlichheim) an und erklärte, dass sie früher Gegnerin kommunaler Medizinischer Versorgungszentren gewesen sei, mittlerweile jedoch die Ansicht teile, dass eine medizinische Versorgung nur auf diesem Weg gewährleistet werden könne. Allerdings müssten die Kommunen dabei mehr Unterstützung erhalten, welche sie bei der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) bislang nicht gefunden habe. Trotz gro-

ßen Einsatzes und zumindest kaufmännischer Kenntnisse, habe die Kommune kein eigenes medizinisches Personal und sei es ihr nicht möglich, alle Aufgaben alleine zu bewältigen. Das wohl größte Problem sieht Samtgemeindebürgermeisterin Kösters in dem Fachkräftemangel, welcher die Eröffnung von Medizinischen Versorgungszentren erheblich erschwere. Mit Blick nach Werlte, wo ein syrischer Arzt tätig sei, welcher seit zehn Jahren in Deutschland lebe, stellte sie zwar die Möglichkeit der Einstellung ausländischer Ärzte dar, bemängelte jedoch, dass aufgrund fehlender Prüfer nur wenige Ärzte aus dem Ausland tatsächlich zeitnah ihre Facharztprüfung und Fachsprachenprüfung ablegen könnten, um eine Zulassung in Deutschland zu erlangen. Auch sei das Abwerben von Medizinstudenten mangels naheliegender Universitäten problematisch. Samtgemeindebürgermeisterin Kösters machte deutlich, dass die aktuelle Problemlage eine zeitnahe Zwischenlösung unausweichlich mache und nicht erst in zehn bis zwölf Jahren darauf reagiert werden könne. Sie richtete daher die Bitte an Staatssekretär Scholz und sein Ministerium, die Kommunen in dieser Hinsicht zu unterstützen.

Erster Kreisrat Jürgen Krumböhrer (Landkreis Lüneburg) sieht Medizinische Versorgungszentren, welche mit den Polikliniken der DDR verglichen werden könnten, als die konzeptionelle Lösung an. Es biete sich die Chance einer Beschäftigung angestellter Ärzte sowie der inhaltlichen Verknüpfung mit anderen Institutionen, insbesondere mit dem Krankenhaus, mit Spezialisten, mit stationärer und ambulanter Pflege sowie mit der Apotheke. Das Problem Medizinischer Versorgungszentren liege somit nicht in ihrem Konzept, sondern einzig in ihrer Implementierung. Die Eröffnung eines Medizinischen Versorgungszentrums sei weder fachlich noch in Bezug auf die Präsenz der Ärzte ohne ein naheliegendes Krankenhaus möglich und habe regelmäßig einen Konkurrenzkampf mit dem bereits niedergelassenen Arzt zur Folge, welcher sich bestmöglich gegen das Krankenhaus wehre. Dies sei der eigentliche Grund, warum das Modell Medizinischer Versorgungszentren nicht so gut funktioniere, wie es es verdient hätte.

Professor Dr. Joachim Erdmann (Niedersächsisches Justizministerium) befürwortete mit Blick auf den Bereich der Gewährung von Subventionen einen vernünftigen Umgang mit Steuergeldern zur Finanzierung von Krankenhäusern. Diesbezüglich sei auch das EU-Recht zu beachten, da der Europäische Gerichtshof in einer Grundsatzentscheidung bereits entschieden habe, dass es sich bei der gesundheitlichen Daseinsvorsorge um eine Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse handle. Außerdem gab er im Zusammenhang mit dem Aspekt der „Gesundheitswirtschaft“, bei dem man sich im Bereich der wirtschaftlichen Betätigung bewege, zu bedenken, dass im einzelnen Betreuungsakt die Dynamik und der wirtschaftliche Effekt stecke. Zur Rekommunalisierung der Krankenhäuser, welche er grundsätzlich befürworte, merkte Professor Erdmann an, dass der sog. Private-Investor-Test Beachtung finden müsse und die Kommunen dazu aufgefordert seien, sich das Vorgehen zur Erwirkung dieses Tests ge-

nauestens zu überlegen. Zuletzt wies er darauf hin, dass auch mit Blick auf Medizinische Versorgungszentren bereits Entscheidungen der Europäischen Kommission ergangen seien, welche sich mit der Einordnung als wirtschaftliche Betätigung und ihrer Umsetzung beschäftigen würden. Bei Beachtung dieser Entscheidungen würden sich für die Kommunen an verschiedenen Stellen Einsparungsmöglichkeiten ergeben.

Staatssekretär Scholz ging zunächst auf den Beitrag von Professor Erdmann ein und bezeichnete es als Fehlentwicklung, die Gesundheitsversorgung als Wirtschaftsfrage einzuordnen.

Dem Beitrag des Ersten Kreisrats Krumböhrer stimmte Staatssekretär Scholz insofern zu, als dass die Einrichtung eines Medizinischen Versorgungszentrums ein naheliegenderes Krankenhaus erfordere. Eine Eröffnung sei dementsprechend immer nur dort möglich, wo auch die Chance bestehe, eine Praxis zu kaufen, da kein Krankenhaus sich eine offene Konkurrenz mit den niedergelassenen Ärzten leisten könne.

Außerdem stimmte er mit Samtgemeindebürgermeisterin Kösters insoweit überein, dass die Kommunen bei der Eröffnung eines Medizinischen Versorgungszentrums sowohl von der Ärztekammer als auch von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) nur wenig Unterstützung erwarten dürften, bot jedoch die Hilfe des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung an und verwies hierfür auf das Referat 402 in seinem Haus. Zuletzt nahm Staatssekretär Scholz Bezug auf den Fachkräftemangel und stimmte zu, dass dieser ein akutes Problem darstelle und mit Blick auf die Jahrgangszahlen in Zukunft auch noch größer werde. Sein Ministerium wolle die Anzahl der Fachärzte und Pflegekräfte für die Zukunft nicht nur halten, sondern mit Blick auf Qualitätsanforderungen sogar ausbauen, was sich jedoch für ihn aktuell als nicht lösbares Problem darstelle. Eine vollständige Bewältigung des Fachkräftemangels sei allein durch Zuwanderung nicht möglich, sodass insbesondere auch auf die Verbesserung der Ausbildungsbedingungen zur positiven Veränderung der Situation gesetzt werde und werden müsse.

Kreisrat Dr. Winfried Wilkens (Landkreis Osnabrück) äußerte seine Freude darüber, dass auch die Schnittstelle Rettungsdienst von Staatssekretär Scholz angesprochen worden sei. Es sei ihm ein großes Anliegen, dass die von Bundesgesundheitsminister Spahn angestoßene Diskussion zur Zentralisierung von Rettungsleitstellen schnellstmöglich wieder beendet werde. In Niedersachsen sehe er aufgrund der Integration von Rettungsdienst, Feuerwehr und Katastrophenschutz keinen Vorteil durch eine Zentralisierung, da diese die Integration aufheben würde und lediglich eine Zusammensetzung an anderer Stelle zur Folge habe. Zwar sei die Zentralisierung eine Grundsatzfrage, die einer ausgiebigen Diskussion bedürfe, jedoch habe sie bereits ganz akute Auswirkungen. So un-

terbinde die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) aktuell jegliche Gespräche mit der Begründung bzw. unter dem Vorwand, dass zunächst eine Entscheidung des Grundsatzproblems getroffen werden müsse, bevor weitere Schritte eingeleitet werden könnten. Er fordere daher zu einem Abschluss der Diskussion auf, um in anderen Themen wieder Handlungsmöglichkeiten zu schaffen.

Als letzte Teilnehmende an dieser Diskussion äußerte sich Landrätin Anna Keschull (Landkreis Osnabrück) und stellte zunächst eine Rückfrage zu der Aussage von Staatssekretär Scholz, dass für einen Schlaganfallpatienten eine erheblich höhere Überlebenschancen bestehe, wenn dieser in einer großen Klinik mit routinierten Ärzten versorgt würde als wenn seine Behandlung in einem kleinen Grundversorgungs-krankenhaus durchgeführt würde. Sie wollte wissen, wie die perspektivische Prognose dieser Patienten aussehe und wie diese qualitativ weiterleben würden, nachdem sie den Schlaganfall überlebt hätten.

Anschließend lenkte sie den Blick auf die kleinen Krankenhäuser. Sie stimmte Herrn Loth zu, dass die kleinen Landkreise nicht ausreichend beachtet würden, und plädierte für mehr Investitionen zugunsten kleiner Krankenhäuser. Man müsse bei der Diskussion in eine andere Richtung denken und die Frage stellen, was Zentralisierung bedeute. Gerade in der Pflege sei die Belastung durch weite Fahrwege enorm groß, sodass eine gute Kooperation entscheidend sei. So könnten kleine Krankenhäuser viele Bedarfe, die als Grundversorgung ohne Spezialisierung möglich seien, bereits abdecken und müssten lediglich in Fällen, welche ohne Spezialisierung nicht behandelt werden könnten, kooperativ mit zentralen Krankenhäusern zusammenarbeiten. Daher äußerte Landrätin Keschull die Bitte, zwar wirtschaftlich zu denken, jedoch hierbei den ländlichen Raum nicht zu vergessen und zu versuchen, Belegbetten vor Ort zu sichern. Es sei eine Neustrukturierung und eine Entwicklung neuer Konzepte notwendig.

Auf den Beitrag von Kreisrat Dr. Wilkens erwiderte Staatssekretär Scholz, dass es unwahrscheinlich sei, dass eine Mehrheit für eine Änderung des Grundgesetzes zustande kommen werde, sodass man die Diskussion bereits an dieser Stelle beruhigen könne.

Mit Blick auf die Bitte um Einschätzung der perspektivischen Prognose von Schlaganfallpatienten, welche Landrätin Keschull in ihrem Beitrag geäußert hatte, stellte Staatssekretär Scholz seine zuvor getätigte Bemerkung noch einmal klar und merkte an, dass er keine Aussage über die Qualität der Krankenhäuser machen könne, sondern lediglich anhand von Statistiken darauf verweisen wolle, dass die Todesfallquote bei kleineren Häusern 100 Mal höher sei als bei spezialisierten Krankenhäusern, wobei sie sich in beiden Fällen im einstelligen Prozentbereich befinde. In Bezug auf die Ideen von Landrätin Keschull stimmte er dieser – unabgestimmt mit seinem Ministerium – zu, dass

eine perspektivische Trennung von Notfallhäusern und Grundversorgungshäusern wahrscheinlich möglich sei, und gab zu bedenken, dass es in Zukunft voraussichtlich ohnehin mehr Häuser für Krankenpflege geben müsse. Die zentrale Frage sei daher, welche Einrichtungen zukünftig ortsnah bestehen müssten, um die Bedürfnisse der Bürger zu befriedigen. Diesbezüglich sei eine Steuerung durch das Land Niedersachsen zwar möglich, allerdings habe das Land beispielsweise auf die Streichung von Mitteln für Krankenhäuser, welche keine Notfallversorgung anbieten würden, keinen Einfluss.

Krankenversorgung als staatliche und kommunale Aufgabe*

Professor Dr. Jörn Ipsen, Universität Osnabrück

I. Das Gesundheitssystem zwischen Staat und Markt

Das Gesundheitssystem ist ein Parameter für die Beurteilung eines Staates. Überlässt der Staat die Krankenversorgung und ihre Finanzierung im Wesentlichen dem Markt mit seinen unerbittlichen Gesetzen, so mag dies unter dem Signum der „Freiheit“ gefeiert werden, wirkt sich aber verhängnisvoll für die Schichten der Bevölkerung aus, die nicht in der Lage sind, Gesundheitsdienstleistungen zu finanzieren. Der Streit um „Obama Care“, der mit knappem Ergebnis bis zum Supreme Court der Vereinigten Staaten ausgetragen wurde, mutet aus europäischer Perspektive geradezu absurd an. Ein anderes Bild zeigt ein verstaatlichtes Gesundheitssystem – wie der National Health Service in Großbritannien, der so offensichtliche Mängel aufweist, dass der neue Premierminister seine Kampagne für den Brexit nicht zuletzt mit dem Versprechen betrieb, das eingesparte Geld in das Gesundheitssystem zu stecken.

Zwischen den Polen – oder Antipoden – von Markt und Staat nimmt das deutsche Gesundheitssystem eine Mittellage ein, wobei ich hier offen lassen will, welchem Pol es sich stärker annähert. Eindeutig allerdings ist, dass die stationäre Krankenversorgung als ein zentraler Bereich des Gesundheitssystems eine *öffentliche Aufgabe* darstellt. Öffentliche Aufgaben sind dadurch gekennzeichnet, dass sie – jedenfalls potentiell – allen Einwohnern eines Gemeinwesens – und zwar auf den unterschiedlichen Ebenen des Staates – dienen. Nimmt sich der Staat einer öffentlichen Aufgabe an, so wird hieraus eine *staatliche* Aufgabe. Öffentliche Aufgaben, die von den kommunalen Gebietskörperschaften erfüllt werden, sind entsprechend *kommunale* Aufgaben. Die Rechtslage ist hier eindeutig: Nach § 2 des Nds. Krankenhausgesetzes sind die Landkreise und kreisfreien Städte für die – stationäre – Krankenversorgung als Pflichtaufgabe im eigenen Wirkungskreis zuständig; freilich nur subsidiär, wenn nämlich die Krankenversorgung auf andere Weise nicht gewährleistet ist. Hier kommen neben den freigemeinnützigen zunehmend private Krankenhauskonzerne ins Spiel, so dass sich die Krankenversorgung auf unserer Skala zunehmend dem Pol des Marktes annähert. Der Staat – hier das Land

* Der Beitrag ist die erweiterte Fassung des Vortrags, den der Verf. im Rahmen der 30. Bad Iburger Gespräche am 6. November 2019 gehalten hat. Der Vortragsstil wurde beibehalten.

Niedersachsen – hat sich als Krankenhausträger zurückgezogen. Acht der zehn Landeskrankenhäuser sind an private Krankenhauskonzerne verkauft worden mit Folgeproblemen, mit denen sich auch der Staatsgerichtshof hat beschäftigen müssen. Als Gesetzgeber und Finanzier ist der Staat – das Land – allerdings noch immer der entscheidende Akteur der Krankenversorgung, möge auch der *Bundesgesundheitsminister* die Schlagzeilen der Tagespresse beherrschen. Vor allem sind die Länder für die Erstellung und jährliche Fortschreibung der Krankenhauspläne zuständig. Ihre Lektüre ist lehrreicher als manch andere Veröffentlichung. Für die Stadt Osnabrück sind nicht weniger als 1.900 Planbetten ausgewiesen, für den Landkreis immerhin 1.600. Im Land Niedersachsen beläuft sich die Zahl auf rund 40.000.

Dem Bund kommt die Gesetzgebungszuständigkeit für die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“ zu. Hierin liegt nicht nur eine Kompetenzzuweisung in Abgrenzung zu der Landesgesetzgebung; vielmehr handelt es sich um einen grundgesetzlichen *Gesetzgebungsauftrag* an den Bund, dem damit für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser eine Art Garantenstellung zufällt. Da – wie stets bei öffentlichen Aufgaben – die Finanzierung die entscheidende Frage ist, sei ein kurzer Blick auf die Interessenlage der Beteiligten geworfen.

II. Die Akteure der Krankenversorgung der stationären Krankenversorgung und ihre Interessenlage

Als Akteure der Krankenhausfinanzierung sind die Krankenhausträger und die gesetzlichen Krankenkassen zu bezeichnen, zwischen deren Spitzenverbänden Vereinbarungen zu treffen sind. Als mittelbar betroffene Akteure kommen die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen ins Spiel. Da die Beiträge zur Krankenversicherung anteilig von den sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmern und den Arbeitgebern zu tragen sind, gehören auch die Arbeitgeber zu den zu berücksichtigenden Akteuren.

Die Interessenlage der Krankenhausträger kann dahin umrissen werden, dass sie einerseits eine bedarfsgerechte Versorgung der Benutzer ihrer Einrichtungen gewährleisten sollen, andererseits die hierdurch verursachten Kosten gedeckt sein müssen. Gemeinsam ist den Krankenhausträgern somit das Interesse, dass die von ihnen erfüllte Versorgungsaufgabe durch entsprechende Erlöse oder im Wege anderer Förderung ermöglicht werden muss. Die Erfüllung und die Finanzierung der Versorgungsaufgabe sind gewissermaßen die beiden Seiten einer Medaille. Die gesetzlichen Krankenkassen haben ebenfalls das Interesse – und die gesetzliche Verpflichtung –, im Krankheitsfall die stationäre Versorgung ihrer Mitglieder zu gewährleisten. Da mittlerweile auch die Krankenkassen in einem Wettbewerb untereinander stehen, muss ihr Interesse – ebenso wie das der Krankenhausträger – auf eine möglichst gute Versorgung ihrer Mitglieder ge-

richtet sein. Insoweit ergibt sich *prima facie* eine Interessenparallelität von Krankenhausträgern und Krankenkassen, der sich aber unterschiedliche Interessen hinsichtlich der zu zahlenden Entgelte gegenüberstehen. Da sowohl Krankenhausträger als auch Krankenkassen zu sparsamer und wirtschaftlicher Haushaltsführung verpflichtet sind, ergeben sich hinsichtlich der Finanzierung der Versorgungsaufgabe notwendig gegenläufige Interessen.

Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen sind im Krankheitsfall an einer bedarfsgerechten stationären Versorgung interessiert und haben einen entsprechenden gesetzlichen Anspruch. Da für jüngere Mitglieder ein stationärer Krankenhausaufenthalt zu den Ausnahmen gehört, wird das Interesse an einer bedarfsgerechten Krankenversorgung überdeckt durch das Interesse an stabilen Beitragssätzen. Eine nicht zu unterschätzende Rolle im Interessengeflecht der Krankenhausfinanzierung spielen die Arbeitgeber, für die sich der Arbeitgeberanteil an den Beiträgen zur Krankenversicherung als Lohnnebenkosten darstellt. Auch die Arbeitgeber haben ein Interesse daran, dass ihre Arbeitnehmer, sofern ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig ist, bedarfsgerecht versorgt werden. Allerdings wird auch hier das – wenn man so will – ideelle Interesse durch das Interesse, die Lohnnebenkosten in Grenzen zu halten, überlagert.

Die zum Teil parallelen, zum Teil gegenläufigen Interessen lassen sich zu einem Interessendreieck veranschaulichen, dessen Ecken die bedarfsgerechte Krankenversorgung, die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhausträger und die Beitragsstabilität bilden. Dieses „magische Dreieck“ bezeichnet zugleich die vom Gesetzgeber zu verfolgenden Ziele und möglichen Konflikte.

III. Die Krankenhausträger und ihre Rechtsstellung

Da Konflikte auch zu Rechtsstreitigkeiten führen können, sei ein kurzer Blick auch auf die Rechtsnatur der unterschiedlichen Krankenhausträger geworfen. Öffentliche Krankenhausträger – also Landkreise und kreisfreie Städte – sind keine Grundrechtsträger, sondern können sich nur auf die Garantie der kommunalen Selbstverwaltung berufen. Um Missverständnissen vorzubeugen, sei hierzu ergänzt, dass es nicht darauf ankommt, ob der – kommunale – Krankenhausträger in Gestalt einer juristischen Person des Privatrechts – zumeist einer GmbH – handelt. Entscheidend ist, wer „hinter“ einer solchen Gesellschaft steht, mit anderen Worten über die Mehrheit der Gesellschaftsanteile verfügt.

Freigemeinnützige und private Krankenhausträger sind demgegenüber grundrechtsberechtigt, können sich also auf das Grundrecht der Berufsfreiheit und andere Grundrechte berufen. Allerdings sei übertriebenen Erwartungen auf eine verfassungsgerichtliche

Unterstützung hinsichtlich der Krankenhausfinanzierung sogleich vorgebeugt. Das Bundesverfassungsgericht hat in den wenigen Entscheidungen, die das Gesundheitssystem betreffen, eine bemerkenswerte Zurückhaltung gezeigt und stets auf den weiten Ermessensspielraum des Gesetzgebers verwiesen. Diesen Spielraum hat der Bundesgesetzgeber dazu genutzt, von dem früher geltenden System tagesgleicher Pflegesätze zu dem DRG-System – „Diagnosis Related Groups“ – überzugehen.

IV. Grundzüge des Fallpauschalensystems

Die Nachteile des Systems tagesgleicher Pflegesätze liegen auf der Hand. Krankenhäuser hatten ein wirtschaftliches Interesse daran, dass Patienten sich möglichst lange im Krankenhaus aufhielten. Die verschiedenen Techniken – Aufnahme am Freitag, Entlassung am Montag – waren allzu bekannt; die wirtschaftlichen Folgen für die beteiligten Akteure – Patienten, Krankenkassen und Arbeitgeber – unübersehbar. Das Fallpauschalensystem beruht demgegenüber auf dem Grundgedanken, dass eine bestimmte Krankheit und die von ihr ausgelöste Behandlung – die „Prozeduren“ – standardisiert und damit gewichtet werden können. Je umfangreicher und schwieriger der durchschnittliche Behandlungsaufwand einer Fallgruppe ist, desto höher ist die Bewertungsrelation, die auf einen Referenzfall mit dem Gewicht von 1,0 bezogen ist. Einfachere und leichter zu behandelnde Krankheiten liegen damit unter 1,0. Nach dem umfangreichen Fallpauschalenkatalog, der ständig ergänzt wird, werden Kopfschmerzen etwa mit einer Bewertungsrelation von 0,545 und einer Verweildauer von 3,3 Tagen veranschlagt; eine Lebertransplantation mit Beatmung demgegenüber mit einer Bewertungsrelation von 29,202 und einer Verweildauer von 54,8 Tagen. Die Lektüre des Fallpauschalenkatalogs, der jährlich ergänzt wird, zeigt zum einen die Leistungsfähigkeit heutiger Medizin, zum anderen aber auch die Tendenz, dass insbesondere Transplantationen und intensivmedizinische Prozeduren die höchsten Bewertungsrelationen haben und deshalb für Kliniken wirtschaftlich von besonderem Interesse sind. Die Summe der Bewertungsrelationen – der sogenannte „Casemix“ – kennzeichnet die Kostengewichte aller Behandlungsfälle eines Krankenhauses, einer Region oder eines Landes. Der „Casemix-Index“ ergibt sich durch die Division des Casemix durch die Zahl der Behandlungsfälle und gibt das durchschnittliche Kostengewicht pro Behandlungsfall wieder.

Von den Vertragsparteien auf Landesebene wird jährlich ein landesweit geltender Landesbasisfallwert für das folgende Kalenderjahr vereinbart. Dabei gehen die Vertragsparteien von den Vereinbarungswerten im Land für das laufende Kalenderjahr aus, insbesondere von der Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der Erlössumme für Fallpauschalen. Ohne dass hier auf die Einzelheiten der Vereinbarungen auf Landesebene einzugehen ist, bildet die Multiplikation aus Bewertungsrelationen und Landesbasisfallwert den pauschalen Geldbetrag, der einem Krankheitsfall zuzuordnen ist.

Das Fallpauschalensystem spiegelt damit *grosso modo* die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses wider und bildet damit gleichzeitig einen Parameter dafür, inwieweit das Krankenhaus der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung dient. Zusammenfassend werden die den DRG-Krankenhäusern zustehenden Entgelte nicht (mehr) – wie nach dem System tagesgleicher Pflegesätze – nach der Länge der Verweildauer, sondern nach Diagnosen und Prozeduren und somit nach nachvollziehbaren Leistungen berechnet. Das Vergütungssystem ist deshalb grundsätzlich geeignet, die vom Gesetzgeber gesetzten Ziele einer bedarfsgerechten Versorgung und der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser zu fördern.

Das dritte Ziel der erwähnten Trias – sozial tragbare Pflegesätze – soll dadurch gefördert werden, dass Veränderungen des Basisfallwerts an im einzelnen genannte Voraussetzungen gebunden sind, vor allem bestimmte Veränderungswerte nicht überschreiten dürfen. Insbesondere soll das DRG-Vergütungssystem auch zur Beitragsstabilisierung beitragen, was durch die gesetzliche Wendung der „sozial tragbaren Pflegesätze“ vorgegeben ist.

Die Einführung des Fallpauschalensystems hat viel Kritik hervorgerufen, wobei die viel berufene „blutige Entlassung“ in der Praxis wohl keine Rolle spielt. Ob es Krankenhäuser zu unnötig aufwendigen Prozeduren und damit zu besonders hohen Bewertungsrelationen veranlasst, kann nicht valide beurteilt werden. In der Praxis hört man allerdings eine vielfache Klage darüber, dass das System einen hohen bürokratischen Aufwand erfordere und die von den Krankenhäusern geltend gemachten Daten auch im Einzelfall von den Krankenkassen in Frage gestellt würden. Mögen – insbesondere bei der Umstellung des Systems tagesgleicher Pflegesätze zu dem Fallpauschalensystem – Unzuträglichkeiten entstanden sein, so ist doch das Grundprinzip des Fallpauschalensystems einleuchtend. Der Schweregrad einer Krankheit und die von ihr erforderlichen Prozeduren sind die einzig zuverlässigen Parameter für die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen und die dafür zu entrichtenden Vergütungen.

V. Vereinbarung des Landesbasisfallwerts

Von den Vertragsparteien wird auf Landesebene der Landesbasisfallwert vereinbart. Die gesetzlichen Bestimmungen vermitteln damit den Eindruck, dass die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser – jedenfalls was die Erlöse angeht – den Vertragsparteien, nämlich den Verbänden der Krankenkassen einerseits und den Krankenhausgesellschaften andererseits überlassen bleibt. Die Parallele zu den Tarifpartnern – Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften –, die die Tarifverträge vereinbaren und deren „Tarifhoheit“ sogar Verfassungsrang besitzt (Art. 9 Abs. 3 GG), liegt auf der Hand. Der Eindruck

täuscht indes, denn im Gegensatz zum Tarifwesen, aus dem der Staat sich im Wesentlichen heraushält, unterliegen die Vereinbarungen über die Vergütungshöhe – die Landesbasisfallwerte – enger gesetzlicher Regulierung. Der zu vereinbarende Landesbasisfallwert nämlich kann nicht beliebig erhöht werden. Nach der gesetzlichen Regelung haben die Vertragspartner aufseiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer die Vereinbarung über die Vergütung so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung sei auch nach Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragserhöhungen nicht zu gewährleisten. Um diesen Vorgaben zu genügen, darf die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung, die bei Anwendung der Veränderungsrate für das gesamte Bundesgebiet sich ergebende Veränderung der Vergütung nicht überschreiten. Die Veränderungsraten ergeben sich aus den beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen und werden durch das Bundesministerium für Gesundheit festgestellt. Der festgelegte Grundsatz der Beitragsstabilität wirkt sich also dahingehend aus, dass die Ausgaben der Krankenkassen – und damit die Vergütungen der Leistungserbringer – von deren Einnahmen abhängig gemacht werden und legt damit eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik fest.

Es liegt auf der Hand, dass die Zielsetzungen des von mir so benannten „magischen Dreiecks“ nicht gleichmäßig verfolgt werden können. Dass eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung Kostensteigerungen bedingt und entweder die Beitragsstabilität oder die wirtschaftliche Existenz der Krankenhäuser gefährdet ist, entspricht namentlich jüngerer Erfahrung und wird sich vermutlich noch verschärfen. Damit kehren wir zurück zu der Rechtsnatur der Krankenhausversorgung als *öffentlicher* Aufgabe.

VI. Stationäre Krankenversorgung als öffentliche Aufgabe

Für den kommunalen Sektor stellt sich die Sache so dar, dass Fehlbeträge, die Kliniken erwirtschaften, unbeschadet ihrer privatrechtlichen Rechtsnatur von der Trägerkörperschaft ausgeglichen werden müssen. Da Landkreise und kreisfreie Städte nicht konkursfähig sind, können sie sich ihrer Haftungsverpflichtung nicht dadurch entziehen, dass sie die Krankenhäuser in Gestalt einer GmbH betreiben. Dasselbe gilt für freigemeinnützige Krankenhäuser, deren Träger gemeinnützige Organisationen – etwa Religionsgemeinschaften – sind, die sich ebenfalls in der Verpflichtung sehen, die Wirtschaftlichkeit ihrer Krankenhäuser zu gewährleisten. Anders steht es mit Klinikkonzernen, die als Aktiengesellschaften oder Gesellschaften mit beschränkter Haftung insolvenzfähig und gelegentlich auch insolvent sind. Hier zeigt sich die Kehrseite der über lange Zeit herrschenden Privatisierungseuphorie, nach der es geradezu ein Gebot wirtschaftlicher Vernunft für Staat und Kommunen war, die von ihnen betriebenen Krankenhäuser abzustößen und sich damit eine lästige Aufgabe vom Hals zu schaffen. Die Krankenhausver-

sorgung ist und bleibt eine öffentliche Aufgabe und kraft Gesetzes eine – wenn auch subsidiäre – kommunale Aufgabe. Die von der Bertelsmann-Stiftung jüngst veröffentlichte Untersuchung, nach deren Empfehlung die Zahl von 1.400 Krankenhäusern in Deutschland um mehr als die Hälfte reduziert werden soll, scheint die Dinge – was für einen Konzern typisch ist – nur aus der betriebswirtschaftlichen Perspektive untersucht zu haben. Abgesehen von der Frage, ob 600 auf Deutschland verteilte Großklinika mit jeweils mehreren 1000 Betten und einem Heer von ärztlichem und Pflegepersonal überhaupt wünschenswert ist, geht die Bertelsmann-Studie von unzutreffenden rechtlichen Bedingungen aus. Dem Bund ist zwar eine Gesetzgebungskompetenz für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und damit eine Art Garantenstellung zugewiesen. In der Verantwortung sind aber im Wesentlichen die Länder, nach deren Gesetzen die stationäre Krankenversorgung eine *kommunale* Aufgabe ist. Wie vor diesem Hintergrund 800 der bestehenden Kliniken geschlossen werden könnten, um Platz für 600 Großklinika zu machen, bleibt unerfindlich.

VII. Recht auf Gesundheit?

Lassen Sie mich zum Schluss eine Frage aufgreifen, die trivial zu sein scheint, in dieser Formulierung aber vielfach gestellt wird und unerfüllbare Erwartungen geweckt hat: „Gibt es ein Recht auf Gesundheit?“ Jeder vernünftige Mensch wird diese Frage verneinen, weil die Krankheit ein Bestandteil des menschlichen Lebens ist, der neuzeitliche Staat sich die Krankenversorgung zwar als Aufgabe gestellt hat, es aber absurd wäre, von ihm auch die individuelle Gesundheit einzufordern.

Gleichwohl findet sich in Veröffentlichungen von Verbänden und Krankenkassen, aber auch in der Fachliteratur das Stichwort „Recht auf Gesundheit“ – und zwar ohne Fragezeichen –, dem Menschenrechtsqualität zugeordnet wird. Damit wird der Eindruck erweckt, als habe jeder Kranke einen Anspruch nicht nur auf eine seiner Krankheit entsprechende Krankenversorgung, sondern auch auf ihre Heilung. Tritt diese nicht ein, so wird das dem Gesundheitssystem – letztlich also dem Staat – als Versagen zugerechnet.

Zu wenig Beachtung findet der Umstand, dass die Gesundheitsfürsorge – oder -vorsorge – eine an jeden Einzelnen zu richtende Forderung ist. Hieraus erwächst den Krankenkassen, aber auch dem Staat mit seinen vielfachen Untergliederungen und Behörden eine besondere Verantwortung. Wenngleich das Rauchen in öffentlichen Räumen verboten ist, und dieses Verbot in einem der seltenen Akte kollektiver Vernunft auch befolgt wird, tut man sich mit der Aufklärung im Übrigen noch immer schwer. Das Gleiche gilt für den Alkoholabusus, der nicht selten von der Zuversicht begleitet wird, dass im Notfall eine Lebertransplantation zur Verfügung steht.

Was der Staat aber in seinen vielfachen Untergliederungen und Behörden leisten kann, ist eine verstärkte Gesundheitsvorsorge. Es ist mehr als Allgemeinut, dass Tabak- und Alkohol schwerste gesundheitliche Folgen haben können. Die Folgen des Rauchens sind auf jeder Zigarettenschachtel zu lesen. Zu wenig Beachtung findet die Adipositas, die in den letzten Jahren und Jahrzehnten in einem erschreckenden Maße um sich gegriffen hat und in ihren Folgen für das Gesundheitswesen noch nicht abzusehen ist. Statistiken hin, Statistiken her: Schon ein Besuch im Supermarkt oder in einem Freibad zeigt ein erschreckendes Maß an Übergewichtigen, vielfach schon im Kindesalter. Hier fehlt es ersichtlich an Gesundheitsbewusstsein und damit auch der Folgen für das Gesundheitssystem. Ich vermag nicht zu sehen, dass die Akteure des öffentlichen Diskurses – Medien, gesellschaftliche Gruppierungen und Parteien – sich dieses Gegenstands in einer seiner Bedeutung angemessenen Weise angenommen hätten. Neuerdings werden Übergewichtige auch als Gruppe dargestellt, der eine gesundheitsbewusste Ernährung wirtschaftlich unmöglich sei und deren Diskriminierung entgegengewirkt werden müsse. Die Ursachen der Adipositas mögen unterschiedlich sein. Schon der Augenschein lässt jedoch erkennen, dass zu viel und zu ungesundes Essen zum Übergewicht führt. Ich erlaube mir, daran zu erinnern, dass auch die Einsicht in die Gesundheits-schädlichkeit des Rauchens sich erst in langen Zeiträumen hat durchsetzen können.

VIII. Ausblick

Gewiss ist der Klimaschutz eine wichtige Aufgabe, um das Überleben der Menschheit und der anderen Arten auf der Erde auf Dauer zu gewährleisten. Darüber sollte aber nicht vergessen werden, dass Gefahren für die individuelle Gesundheit aber viel kurzfristiger drohen. Neben der Krankenversorgung und Krankenhausversorgung ist es deshalb auch die Aufklärung über Krankheitsrisiken eine staatliche und kommunale Aufgabe.

Lassen Sie mich mit einem Zitat schließen, das fast auf den Tag genau 211 Jahre alt ist, den Wohlfahrtsstaat des ausgehenden 18. Jahrhunderts kennzeichnet, aber auch auf den Sozialstaat unserer Tage – und damit auf das Gesundheitssystem – übertragbar ist:

„Der Bürger hatte weder Kenntnis vom Gemeinwesen noch Veranlassung, dafür zu wirken, selbst nicht einmal einen Vereinigungspunkt. Eifer und Liebe für die öffentlichen Angelegenheiten, aller Gemeingeist, jedes Gefühl, dem Ganzen ein Opfer zu bringen, mußten verloren gehen. Selbst Bürger zu sein, wart längst nicht mehr für Ehre gehalten. Man erwartete dagegen alles vom Staate ohne

Vertrauen zu seinen Maßregeln und ohne wahren Enthusiasmus für die Verfassung.“**

** Zitiert nach *Ernst Rudolf Huber*, Deutsche Verfassungsgeschichte seit 1789, Bd. I, 2. Auflage 1967, S. 174.

Hat das Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft Zukunft?

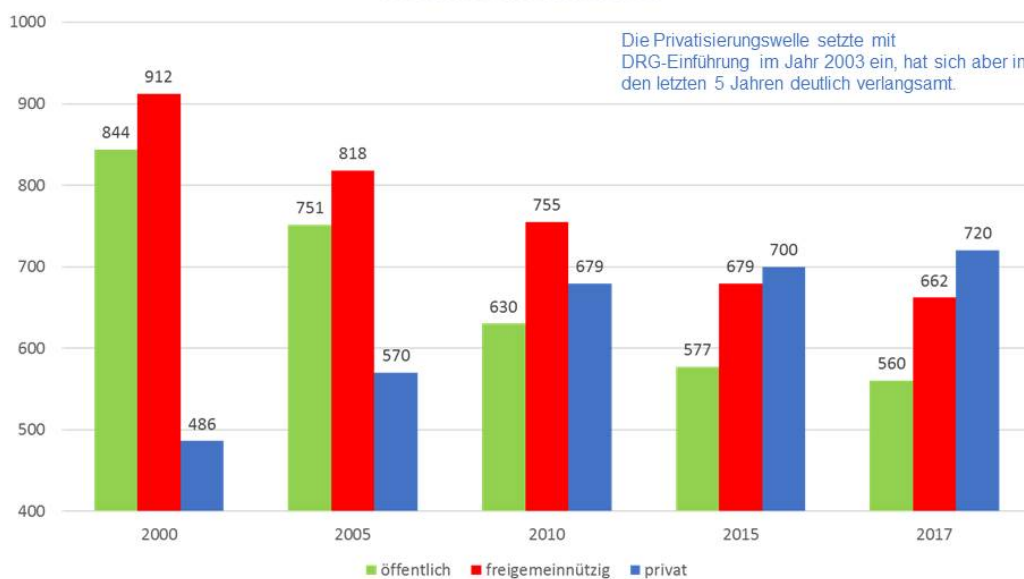
Dr. h.c. Fritz Brickwedde, Vorsitzender des Aufsichtsrats der Klinikum Osnabrück GmbH



Hat das Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft Zukunft?

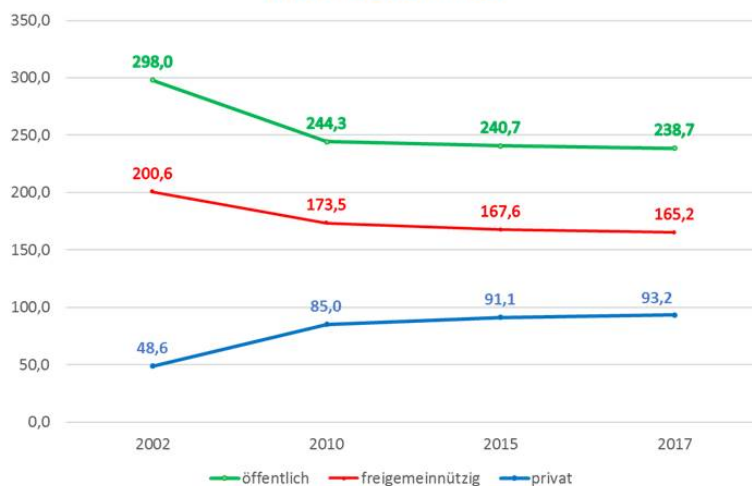


Anzahl Krankenhäuser



Anzahl der Betten in Deutschland 2000 - 2017

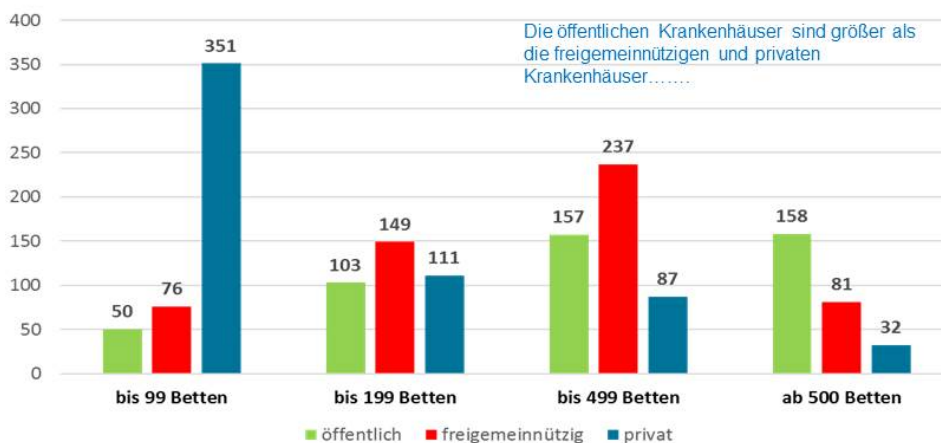
Anzahl Betten in Tsd.



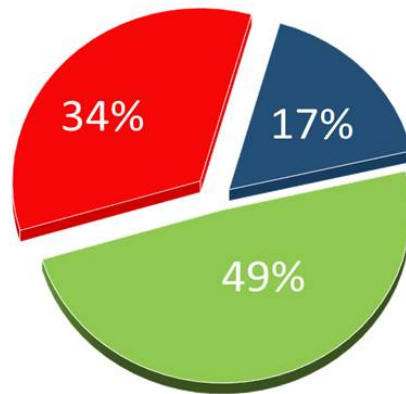
Seite 3

Anzahl der Krankenhäuser 2017 nach Größenklasse

Krankenhäuser nach Größenklassen 2017



Behandlungsfälle in % nach Trägerschaft



... und die öffentlichen Krankenhäuser behandeln rund die Hälfte aller Krankenhauspatienten.

- öffentliche KH
- freigem. KH
- private KH

privat versus kommunal

Warum kam es zu dieser Entwicklung?

Krankenhäuser in privater Trägerschaft sind ertragskräftiger als freigemeinnützige und öffentlich-rechtliche Krankenhäuser.

Gezielte DRG-Auslese, gezielte Auswahl von medizinisch profitablen Therapien.

Private Häuser nehmen weniger öffentliche Fördermittel in Anspruch und zahlen mehr Steuern als Krankenhäuser in anderer Trägerschaft.

Investitionen aus DRG-Erlösen, die eigentlich zur Finanzierung von Personal, Sachmittel, etc. gedacht sind.

Die Arbeitsproduktivität in privaten Krankenhäusern ist höher als bei anderen Trägern.

Reduktion der Verweildauer, Prozessverbesserungen und Schließung von defizitären Bereichen.

In der Patientenzufriedenheit liegen private Krankenhäuser gleichauf mit Kliniken anderer Träger.

Zufriedenheitsergebnisse sind auch abhängig vom Leistungsspektrum, vom Krankheitsbild, von der Komplexität des Krankheitsverlaufs, von den Erwartungen (Beispiel: Anzahl von Notfällen).

Und:

Kommunale Krankenhäuser haben in den Bereichen Management und Prozessverbesserung viel dazugelernt.

- ✓ Haben eine Versorgungsauftrag in der Region und bieten – unabhängig von der medizinischen und wirtschaftlichen Perspektive - eine vollumfängliche medizinische und pflegerische Versorgung auf hohem Niveau an.
- ✓ Haben die medizinische und pflegerische Versorgung als Hauptziel und nicht die Gewinnmaximierung.
- ✓ Sind oft Maximalversorger und betreiben keine „Rosinenpickerei“.
 - ✓ Private behandeln 16,7 % aller Patienten, aber 24,8% aller Kniegelenksarthrosen, 24,8% aller Bandscheibenschäden und 23,7% aller Hüftarthrosen. Umgekehrt kommen typische Erkrankungen von alten Menschen (Oberschenkelbruch, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen) bei den Privaten nicht unter ihren TOP 20-Diagnosen vor. (Destatis, eigene Berechnungen)
- ✓ Kommunale Krankenhäuser sind tariflich gebunden. 80 % der kommunalen Krankenhäuser sind unter den drei wichtigsten regionalen Arbeitgeber in der Region. Das Klinikum Osnabrück ist der viertgrößte Arbeitgeber in der Region Osnabrück.
- ✓ Stellen oft die Aus- und Weiterbildung von Pflegefachpersonal und Ärzten sicher, obwohl dies Zeit – und damit Geld – kostet.

Fazit:

Die letzten Jahre haben gezeigt, dass die kommunalen Krankenhäuser effizienter geworden sind. Aufgrund ihrer Rahmenbedingungen und Zielsetzung können sie aber nicht so profitabel sein wie private Träger.

Medizin-Campus Finkenhügel



660 Akut-Betten

Neurol.: Reha: 13 Betten, Geriatrische Reha: 45 Betten

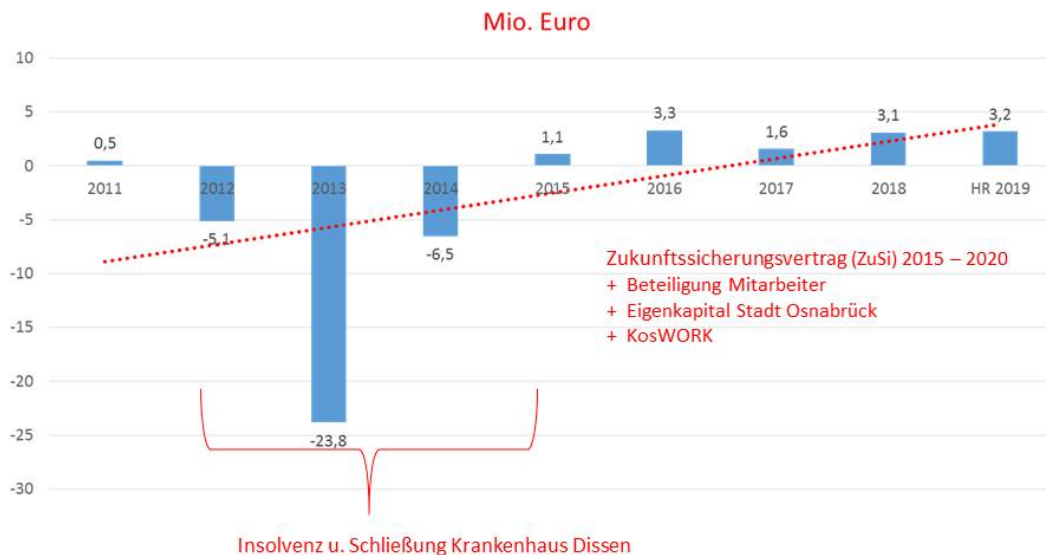
Ca. 70.000 ambulante Patienten im Jahr 2018

Ca. 33.000 stationäre Patienten im Jahr 2018

2.335 Mitarbeitende im Jahresdurchschnitt 2018

Umsatz 2018 = ca. 187 Mio. Euro

Jahresergebnisse Klinikum Osnabrück

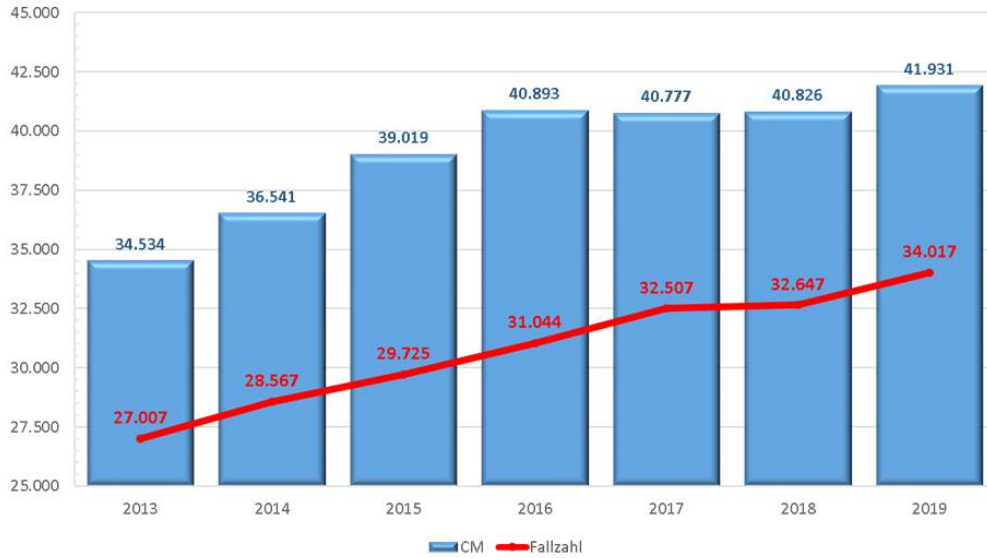


Fazit:

Das Klinikum Osnabrück ist wieder in wirtschaftlich stabilen Verhältnissen.

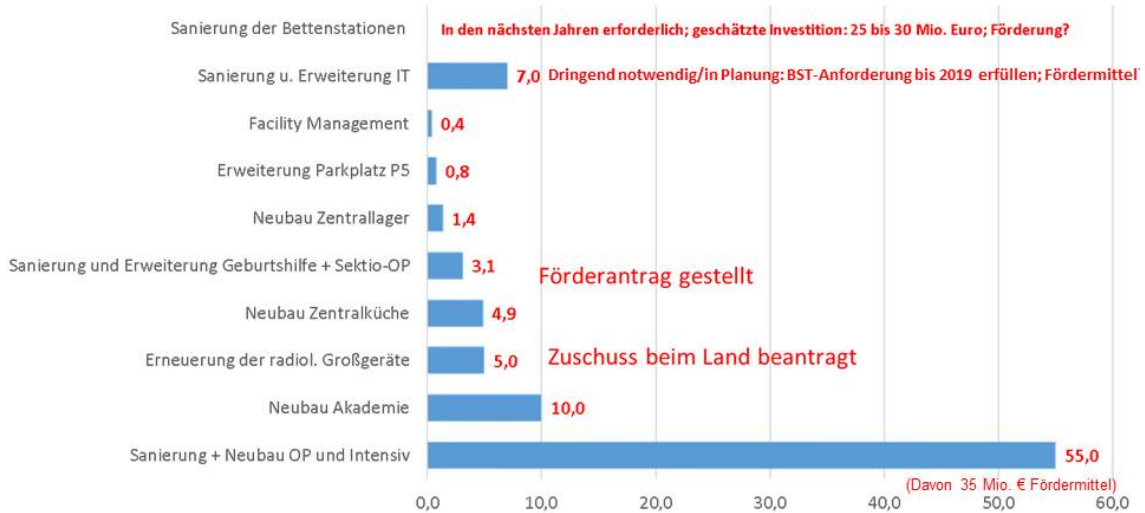
Leistungsentwicklung am Klinikum Osnabrück

Casemix-Punkte und Fallzahlen



Investitionen Klinikum Osnabrück

Mio. Euro



Investitionen 2018		Investitionen 2019	
Aufstockung Kesselhaus	2,0 Mio. Euro	OP, chirurgische + konservative Intensivstation	10 Mio. Euro
Sanierung Küche	1,6 Mio. Euro	IT	4,4 Mio. Euro
Neubau Zentrallager	0,8 Mio. Euro	Großgeräte (MRT)	2,6 Mio. Euro
Mediz. Geräte, Einrichtung u. Ausstattung	8,4 Mio. Euro	Medizin-Technik	1,8 Mio. Euro
Summe	12,8 Mio. Euro	Summe	18,8 Mio. Euro

Kommunale Krankenhäuser sind auf öffentliche Fördermittel angewiesen

Tabelle 4.1: KHG-Fördermittel gesamt¹³ in Mio. Euro

	KHG-Fördermittel in Mio. Euro					
	2013	2014	2015	Ø 1991 - 2015	Ø 2005 - 2015	reale Veränderung ggü. 1991 (in %)
Baden-Württemberg	385,00	410,00	437,00	340,55	350,40	-11,9%
Bayern	500,00	500,00	500,00	550,28	474,11	-50,6%
Berlin	95,30	106,49	96,45	171,72	98,43	-80,2%
Brandenburg	114,30	104,80	82,50	149,12	106,20	-74,3%
Bremen	28,66	38,56	38,82	34,06	33,19	-31,4%
Hamburg	106,61	137,45	91,03	91,37	106,16	-14,7%
Hessen	241,50	241,50	242,20	219,20	241,79	-12,6%
Meckl.-Vorpommern	60,84	55,84	52,84	102,44	69,00	-71,6%
Niedersachsen	258,47	258,89	275,51	211,42	213,06	-13,0%
Nordrhein-Westfalen	493,00	492,30	515,00	521,11	498,03	-47,9%
Rheinland-Pfalz	119,80	119,80	119,80	129,50	119,39	-41,1%
Saarland	32,19	28,55	28,50	34,95	30,30	-52,8%
Sachsen	101,00	101,00	131,00	211,05	119,00	-72,0%
Sachsen-Anhalt	53,02	47,87	39,20	150,96	87,27	-85,2%
Schleswig-Holstein	84,65	90,13	94,23	81,49	89,67	-10,4%
Thüringen	50,00	50,00	50,00	144,32	93,64	-74,5%
Deutschland	2.724,34	2.783,18	2.794,08	3.143,52	2.729,65	-49,6%

In den Haushaltsansätzen der neuen Bundesländer (einschließlich Berlin) sind in den Jahren 2013 und 2014 jeweils die Investitionszuschläge gemäß Art. 14 GSG enthalten.

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen.

Größte Herausforderung



Fachkräftemangel auf dem Gesundheitsmarkt

Nach einer Studie des Statistischen Bundesamtes könnte der Bedarf an Pflegevollkräften bis 2025 um rund 20% ansteigen. Dies wäre eine Lücke von rund 140.000 Pflegekräften.

Maßnahmen am Klinikum Osnabrück

- Familienbewusste und flexible Arbeitszeitmodelle
- Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Umfassendes Fort- und Weiterbildungsangebot
- Corporate Benefits (JobTicket, Hansefit)
- Altersvorsorge über Zusatzversorgungskasse
- Zuschuss zu vermögenswirksamen Leistungen
- Möglichkeit zur Entgeltumwandlung
- Sicherung des Nachwuchsbedarfes an der Klinikum-Akademie

Akademie am Klinikum Osnabrück



- Baubeginn: Dezember 2017
- Richtfest: August 2018, Eröffnung: Juni 2019
- Bauvolumen: ca. 10 Mio. Euro
- Nutzfläche: 2188 m², Bruttogrundfläche: 3489 m²
- Anzahl Seminarräume: 19
- Multifunktionales Gebäude: Simulationszimmer für praktische Ausbildung zur Unterstützung der Theorie
- Aktuell: 494 Ausbildungsplätze, Plan 2020 = 524, Plan 2021 = 554

4-geschossige Akademie:

- Ebene 1: Foyer mit Gruppenarbeitsraum, 4 Seminarräume, Küche, Brandmeldezentrale, Bibliothek
- Ebene 2: 10 Seminarräume
- Ebene 3: 2 Seminarräume, Büro- und Verwaltungsräume
- Ebene 4: Dachterrassen mit Sitzgelegenheiten





- Ausbau OP-Trakt, OP Modul
- Einrichtung einer Sektio
- KV-Notdienstambulanz
- Zukunft= Erweiterung der Bettenhäuser

Fazit

Hat das Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft Zukunft?

Das Klinikum Osnabrück zeigt beispielhaft, dass nach Durchführung eines Sanierungsprozesses und konsequenter strategischer Zukunftsausrichtung die Antwort „Ja“ lautet.

Diskussionsbericht (2. Teil)

Von Dr. Georgia Marfels

Frau Prof. Dr. Pascale Cancik dankte Herrn Dr. h.c. Fritz Brickwedde für den Vortrag. Es sei für jemanden, der sowohl historisch als auch rechtshistorisch arbeite, faszinierend zu sehen, wie im Hintergrund dieser Tagung immer auch ein historischer Blick auf die 1980er/90er Jahre mitlaufe. In diesen Jahren habe man einen Leitbildwandel im Verhältnis von Staat und Markt erlebt, dessen Auswirkungen bis heute spürbar seien. Es gehe um die Erfahrungen, Einschätzungen, Chancen und Risiken von Privatisierung und Wettbewerb, aber auch um Kooperationen. Insbesondere das Referat von Herrn Prof. Dr. Ipsen habe die Fragestellung deutlich herausgearbeitet, was die Aufgabe des Staates im Gesundheitsbereich sei, was die Erwartungen – vielleicht auch fehlgeleitete Erwartungen – an den Staat seien. Dabei könne die Trias privat vs. kommunal vs. staatlich einen Motor, ebenso aber auch ein Problem für die Aufgabenerfüllung darstellen.

Frau Prof. Dr. Cancik bat um Fragen, Anregungen, Kritik oder auch Ergänzungen zu den Vorträgen von Herrn Dr. Brickwedde und Herrn Prof. Dr. Ipsen.

Herr Prof. Dr. Martin Engelhardt (Ärztlicher Direktor, Klinikum Osnabrück GmbH) dankte zunächst dem Aufsichtsratsvorsitzenden Herrn Dr. Brickwedde, der CDU, der SPD und den Grünen, ohne deren Engagement es das Klinikum Osnabrück als öffentlich-rechtliches Krankenhaus nicht gäbe. Er nutzte die Gelegenheit, alle Anwesenden zu motivieren, den Mut nicht zu verlieren. Ein kommunales Krankenhaus sei ein hohes Gut, und die Mehrheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stünden hinter dem Gedanken eines kommunalen Gesundheitssystems.

Es ginge den allermeisten nicht darum, Geld zu verdienen, sondern sie übten ihre Tätigkeit aus einem sozialen Grund aus. Dieser soziale Grund, anderen Menschen zu helfen, stünde weiterhin im Vordergrund. Man könne sehen, dass die Medizin in erster Linie der Daseinsvorsorge diene, und man müsse sich dagegen wehren, Krankenhäuser zu einem bloßen Wirtschaftsunternehmen zu degradieren, was in erster Linie der Renditegewinnung für Aktionäre diene.

Sodann dankte Herr Prof. Dr. Engelhardt Herrn Prof. Dr. Ipsen für seinen Vortrag, insbesondere dafür, dass er am Ende des Vortrages auch auf das Thema Gesundheitsvorsorge/Prävention eingegangen sei. Diese Fragen stünden noch viel zu wenig im Vordergrund – wohl auch deshalb, weil man sich zu sehr mit wirtschaftlichen Fragen

beschäftige. Man müsse erkennen, dass das derzeitige Gesundheitssystem in einem demokratischen System in absehbarer Zeit nicht mehr bezahlbar sei.

Herr Prof. Dr. Engelhardt richtete daher die Frage an Herrn Prof. Dr. Ipsen, inwiefern das derzeitige System Anreize falsch oder zumindest partiell falsch setze. Er verwies dabei auf den Spagat, den der behandelnde Arzt zwischen den wirtschaftlichen Interessen des Krankenhauses und einer möglichst erfolgversprechenden Behandlung des Patienten leisten müsse. Anreize im Gesundheitssystem würden nicht nach einem schlüssigen Konzept für langfristige Prävention gesetzt. Diese könne der Staat zwar nicht allein leisten, wohl aber in Zusammenarbeit mit Sportorganisationen, mit dem Aufbau von Ausbildungsprogrammen – z.B. im Ernährungs- und Sportbereich. In Großbritannien sei ein solches Programm schon vor Jahrzehnten implementiert worden, was nun beginne, Früchte zu tragen. Deswegen stelle sich die Frage nach sinnvollen Anreizen für eine neue Ausrichtung des Medizinsystems auch unter der Einbeziehung der Krankenhäuser, die für diesen Bereich kein Geld bekämen, sondern bisher freiwillig aus eigener Initiative handelten.

Zum Abschluss richtete Herr Prof. Dr. Engelhardt die Bitte an Herrn Staatssekretär Heiger Scholz, dass man gezielt und fachübergreifend Anreize schaffen möge, Prävention zu stärken und auch noch andere Gruppierungen der Gesellschaft in die Gesundheitsprävention einzubeziehen.

Im Anschluss meldete sich Frau Dr. Anja Wartmann (Gesundheitsamt Braunschweig) zu Wort. Sie stimmte Herrn Prof. Dr. Engelhardt und Herrn Prof. Dr. Ipsen aus medizinwissenschaftlicher Sicht zu und bedankte sich, dass das Thema kommunale Gesundheitsförderung im Rahmen der Bad Iburger Gespräche zur Sprache gebracht werde. Frau Dr. Wartmann wies darauf hin, dass es auch darum gehen müsse, die Verhältnisse zu ändern, was vor allem eine Aufgabe in den Gesundheitsregionen darstelle. Unter „Verhältnissen“ seien insbesondere die Themen Gesundheitsfürsorge im Rahmen von Gesundheitsförderung, also die systematische Betrachtung von Arbeitsbedingungen in prekären Arbeitsbereichen – zum Beispiel Pflgetätigkeiten, Ärzte im Schichtdienst – das Thema Führung in Krankenhäusern, das Thema Arbeitsorganisation, Gestaltung und Analyse von Prozessen zu verstehen. In den Krankenhäusern, gerade auch in den Hauspitzen, sollten außerdem auch neue Qualifikationen zugelassen werden. Dies könne wegen des bestehenden Fachkräftemangels auch der Entlastung der Mediziner dienen. Es brauche Managementfunktionen, Gesundheitswissenschaftler, Medizinwissenschaftler. Ein Perspektivwechsel sei notwendig, weil nicht zwingend ein praktizierender Arzt auch Managementfunktionen übernehmen könne.

Frau Prof. Dr. Cancik bedankte sich für diese Anregungen, die durchaus hilfreich seien bei der Frage, was man auch in kleineren Kommunen umsetzen könne und was eine größere Kooperation erforderlich mache.

Herr Prof. Dr. Ipsen beschrieb in Entgegnung auf den Beitrag von Herrn Prof. Dr. Engelhardt das Paradoxon, dass Krankenhäuser Kranke behandelten, und durch die Krankheiten ihre Erlöse erzielten, gleichzeitig an die Krankenhäuser aber die Forderung gestellt würde, Prävention zu betreiben und sie sich damit – bildlich gesprochen – den Ast absägen müssten, auf dem sie sitzen. So sei es natürlich nicht gemeint, es sei vielmehr eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, der sich die Gesellschaft nach Auffassung von Herrn Prof. Dr. Ipsen noch nicht ausreichend gewidmet habe. Die Politik begreife sich mehr und mehr als Lieferant für die Forderung eines Kunden. So sei ein „Wir werden liefern!“ eine verbreitete Redewendung in der Politik. Der Kunde bestelle dabei die Dienstleistungen, die dann geliefert würden. Gerade im Gesundheitswesen sei jedoch der Kunde – der einzelne Bürger – für seine eigene Gesundheit verantwortlich und müsse in dieser Funktion gestärkt werden. Dieser Gedanke müsse Allgemeingut werden. Bei dieser Problematik seien die Landkreise – ebenso wie die kreisfreien Städte – in besonderer Weise angesprochen, weil ihre Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft seien. Hinzuweisen sei auf eine Publikation des Landkreises Emsland, über die Frau Dr. Sigrid Kraujuttis später noch in ihrem Werkstattbericht sprechen werde.

Frau Prof. Dr. Cancik verwies auf eine Frage, die im Zusammenhang mit Ernährung aktuell sei, nämlich diejenige nach einer Zuckersteuer, wie sie z.B. in England erhoben würde. Die Frage sei, ob darüber Vorsorge betrieben werden solle. Dies sei eine Konkretisierung der Frage danach, ob wir einen Systemwechsel bräuchten in der Art und Weise, wie mit Vorsorgefragen umgegangen werden solle. Die Aufklärung sei dabei das Eine, es sei aber auch sehr schwer für einen Großteil der Bevölkerung, sich gesund zu ernähren, unter anderem weil es auch wegen fehlender Kennzeichnung nicht so leicht sei, gesunde von ungesunden Lebensmitteln zu unterscheiden. Man müsse fragen, ob das eine Stärkung von Selbstverantwortung sei oder es sich um einen zu weitgehenden Eingriff handele.

Darauf entgegnete Herr Prof. Dr. Ipsen, es könne nie genug Aufklärung geben, und das Argument, es sei für eine bestimmte Schicht der Bevölkerung zu schwer oder gar unmöglich, sich gesund zu ernähren, sei nicht schlüssig. Niemand sei gezwungen, täglich Burger oder Pizza zu essen, stattdessen könne jeder sich gesund und kostengünstig ernähren. Der Bürger und Anspruchsteller – um dessen Gesundheit es schließlich ginge – sollte verstärkt und sehr viel früher als bisher in die Verantwortung genommen werden. Dafür seien in der politischen Landschaft bisher jedoch keine Ansätze erkennbar.

Aus dem Bereich des privaten Krankenhaussektors sei zu berichten, dass Leitungspersonal, insbesondere auch ärztliches Leitungspersonal, über den Druck, unter dem es in dieser Gesellschaft stehe, klage. Das deute auf ein anderes Paradigma hin, wie es aus dem öffentlichen und freigemeinnützigen Bereich bekannt sei. Prof. Dr. Ipsen hält die Privatisierungswelle im Gesundheitssektor, die besonders intensiv im Rahmen der Wiedervereinigung vorangeschritten sei, für einen fundamentalen Irrtum. Die Gesundheit sei zwar ein Wirtschaftsfaktor, auf der anderen Seite sei sie aber nicht *nur* ein Wirtschaftsfaktor. Daher sei für die kommunalen Krankenhäuser eine Lanze zu brechen, und auch die freigemeinnützigen Krankenhäuser, von denen gerade Osnabrück sehr profitiere, sollten nicht in Vergessenheit geraten.

Zum Stichwort Prävention meldete sich Herr Klaus Rehkämper (Bürgermeister Gemeinde Bad Rothenfelde) zu Wort. Passend zu den Bad Iburger Gesprächen gebe es vier Kurorte im Landkreis Osnabrück, die alle professionell als Dienstleister in der Prävention, in der Rehabilitation und in der Anschlussheilbehandlung aufgestellt seien. Wenn man heute höre, dass in der Gesundheitswirtschaft gerade auch die Prävention eine hohe Bedeutung habe, so seien alle Tagungsteilnehmer eingeladen, in die Kurorte des Osnabrücker Landes zu kommen. Herr Rehkämper richtete den Appell an die Politik, vertreten durch Herrn Staatssekretär Heiger Scholz, die Rahmenbedingungen für die Kurorte zu verbessern.

Mit Dank an den Staatssekretär und die Diskutanden bittet Frau Prof. Dr. Cancik die Tagungsteilnehmer zur Einnahme einer – hoffentlich – gesunden Mahlzeit in die Kantine.

Gesundheitsfinanzierung durch Kommunen – Bestandsaufnahme und Herausforderungen

Prof. Dr. Hubert Meyer und Ines Henke, Niedersächsischer Landkreistag

„Der Nächste, bitte!“ Diese aus vielen Arztpraxen bekannte Aufforderung prangte Mitte dieses Jahres nicht auf einer medizinischen Fachzeitschrift, sondern dem Mitglieder magazin der kommunalpolitischen Vereinigung einer Volkspartei.¹ Eine Tafel mit der Aufschrift „Landarzt gesucht“ zeigte gleichzeitig ein drängendes Problem auf. Die Sorge um eine angemessene medizinische Versorgung hat mit Wucht die kommunale Ebene erreicht. Dies muss deswegen überraschen, weil das deutsche Gesundheitswesen als stark reglementiert gilt. Die Kommunen allerdings – so bilanzierte Friedrich Schoch noch während des DLT- Professorenengesprächs 2012 – seien im System des SGB V nahezu bedeutungslos gewesen.² Daran hat sich rechtlich bis jetzt wenig geändert. Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, für die niedersächsische Situation eine reale Einschätzung der Rolle der Kommunen in der Gesundheitsversorgung anhand ihres fiskalischen Engagements zu gewinnen. Nach bundesdeutschem Verfassungsrecht bestimmen die Finanzen nicht die Aufgaben, sondern der Finanzbedarf richtet sich nach den Aufgaben. Daher sind gleichzeitig die Strukturen der Gesundheitsversorgung kritisch in den Blick zu nehmen und eventueller rechtspolitischer Handlungsbedarf zu identifizieren.

I. Stationäre Versorgung

1. Sicherstellungsauftrag der Landkreise und kreisfreien Städte

Nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG erstreckt sich die konkurrierende Gesetzgebung des Bundes auf die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze. Mit dieser 1969 eröffneten Möglichkeit sollte dem Bund die Kompetenz gegeben werden, die unterschiedliche und schon damals als wirtschaftlich schlecht empfundene Lage vieler Krankenhäuser zu verbessern. Sie gewährt aber keine Zuständigkeit für strukturelle Eingriffe in die Krankenhaus- oder Personalstruktur.³ Das auf dieser Grundlage erlassene Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes (KHG)⁴

¹ DEMO 07/08 2019,

² Schoch S. 155, 160 in Henneke (Hrsg.), Kommunale Verantwortung für Gesundheit und Pflege, 2012.

³ Vgl. Sannwald, Rz. 259 und 262 zu Art. 74 in Schmidt-Bleibtreu/Hofmann/Henneke (Hrsg.), Grundgesetz, Kom., 14. Aufl. 2018.

⁴ Vom 10.04.1991, BGBl. I S. 886, zuletzt geändert durch Art. 6 des Gesetzes vom 17.7.2017, BGBl. I S. 2581.

nennt in § 1 als Zweck die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Zudem ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten.

Die Länder haben nach § 6 Abs. 1 KHG zur Verwirklichung der in § 1 KHG genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufzustellen; Folgekosten, insbesondere Auswirkungen auf die Pflegesätze, sind zu berücksichtigen. Damit klingt das die gesamte Krankenhausfinanzierung prägende Prinzip der dualen Finanzierung an: Die laufenden Kosten müssen über von den Krankenkassen zu tragende Pflegesätze abgedeckt werden, die Länder sind für die Investitionsfinanzierung zuständig. Stehen diese beiden Finanzierungsstränge rechtlich selbständig nebeneinander, gibt es in der Praxis wechselseitige Implikationen. So hat die Struktur der Krankenhauslandschaft und die sich wandelnde Funktionalität der einzelnen Häuser Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit, die in der auf Fallpauschalen (DRG) basierenden Abrechnungspraxis des laufenden Betriebes nicht aufgefangen wird. Dies führt dazu, dass einzelne Krankenhäuser oftmals Defizite mit eigenen Reserven auffangen oder die Träger mit individuellen Zuschüssen oder Darlehen einspringen müssen. Nach einer Umfrage der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft aus dem Jahr 2018 konnten weniger als die Hälfte der Häuser (46,8 Prozent) ihre Bilanz ausgleichen oder erzielten Überschüsse.⁵

Nach § 1 des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG) haben die Landkreise⁶ und kreisfreien Städte die Krankenhausversorgung der Bevölkerung als Aufgabe des eigenen Wirkungsbereiches sicherzustellen. Soweit die Krankenhausversorgung nicht durch andere Träger gewährleistet wird, haben sie eigene Krankenhäuser zu errichten und zu unterhalten, sog. *Sicherstellungsauftrag*.

2. Investitionsfinanzierung durch das Land

Nach § 5 NKHG wird jeweils für ein Haushaltsjahr das *Investitionsprogramm* vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) als dem zuständigen Fachministerium aufgestellt und von der Landesregierung beschlossen. Dabei berät nach § 3 Abs. 1 Satz 4 NKHG der Planungsausschuss das Ministerium bei der Aufstellung. Nach § 3 Abs. 3 NKHG wird dabei das Einvernehmen aller Planungsbeteiligten angestrebt, was in der Praxis trotz der widerstreitenden Ausgangsinteressen der Beteiligten oftmals

⁵ Vgl. Nds. LT-Drs. 18/3119; an der Umfrage beteiligten sich 128 Krankenhäuser (73,6 %, die 85,3 % der Betten repräsentierten).

⁶ Nach § 3 Abs. 3 NKomVG sind auf die Region Hannover die Vorschriften für die Landkreise entsprechend anzuwenden, soweit nichts anderes bestimmt ist; auf eine gesonderte Nennung wird daher aus Gründen der Lesbarkeit verzichtet.

gelingt. Dem Landtag als Haushaltsgesetzgeber ist hingegen nach § 5 Satz 2 NKHG nur Gelegenheit zur Stellungnahme vor der Beschlussfassung seitens der Landesregierung zu geben. Einzelfördermaßnahmen aufgrund des Investitionsprogramms werden gemäß § 6 Abs. 2 NKHG durch einen Festbetrag bis zur Höhe der festgestellten förderungsfähigen Kosten gefördert. Die Förderung kann aber auch durch die Gewährung von Fördermitteln in Höhe der für eine Investition notwendigen Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten für das Darlehen oder in Höhe der Kapitalkosten bewilligt werden, § 6 Abs. 1 S. 2 NKHG.

Ferner werden den Krankenhäusern nach § 7 NKHG *pauschale Fördermittel* gewährt für die Finanzierung kurzfristiger Anlagegüter und für kleine bauliche Maßnahmen.

In Niedersachsen stehen in der laufenden 18. Wahlperiode des Niedersächsischen Landtags von 2019 bis 2022 für die Krankenhausinvestitionsförderung nach § 6 NKHG eine Milliarde Euro zur Verfügung.⁷ Hierbei handelt es sich um den seit längerer Zeit im Grundsatz unveränderten Haushaltsansatz von 120 Millionen Euro pro Jahr für das Investitionsprogramm. Hinzu kommen Mittel aus der sog. VW-Milliarde und der niedersächsische Anteil an dem sog. Strukturfonds des Bundes. Darüber hinaus stehen für die pauschale Investitionsförderung nach § 7 NKHG Mittel in Höhe von rund 110 Mio. Euro jährlich zur Verfügung.⁸

Angesichts knapper Landesmittel kommt dem vom Bund aufgelegten *Krankenhausstrukturfonds II* besondere Bedeutung zu. Für Niedersachsen stehen dazu in den Jahren 2019 – 2022 177,6 Millionen Euro Bundesmittel zur Verfügung, die in gleicher Höhe vom Land sowie den Landkreisen/kreisfreien Städten gegenfinanziert werden müssen, insgesamt steht also ein Fördervolumen von 355,2 Millionen Euro bereit.⁹ Mit diesen Mitteln, die nur mit Zustimmung der gesetzlichen Krankenkassen verplant werden dürfen, sollen insbesondere Anreize für die die Schließung, Konzentration und Umwandlung von Krankenhäusern gesetzt werden. Daneben können gefördert werden:

- die Bildung von Zentren zur Behandlung seltener, komplexer oder schwerwiegender Erkrankungen;
- die Bildung zentralisierter Notfallstrukturen;
- die Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen;
- die Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern und

⁷ Vgl. auch dazu Nds. LT-Drs. 18/3119.

⁸ Zahlen nach der Unterrichtung des MS gegenüber der Enquete-Kommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertig und wohnortnahe medizinische Versorgung“ (EKmedV) des Niedersächsischen Landtages am 04.03.2019, Vorlage 35 zu Drs. 2351.

⁹ Zuzüglich 25 Millionen Euro für länderübergreifende Vorhaben, die im Folgenden ausgeblendet werden.

- die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Krankenpflegeberufe.

In Niedersachsen lagen im September 2019 allein sieben Anträge auf Zusammenlegung von Standorten mit einem voraussichtlichen Investitionsbedarf von 1,055 Milliarden Euro vor, zwei weitere Anträge waren avisiert. Das zuständige Sozialministerium rechnete mit Anträgen zum Strukturfonds II mit einem Gesamtvolumen von 1,5 Milliarden Euro.¹⁰

3. Mitfinanzierungspflicht der Landkreise/kreisfreie Städte

Alle soeben genannten Investitionsmittel des Landes müssen aber zu einem großen Teil von den für den Sicherstellungsauftrag verantwortlichen Landkreisen und kreisfreien Städten mitfinanziert werden. Nach § 2 Abs. 1 S. 1 NKHG bringen sie 40 Prozent der Einzelfördermittel nach § 9 Abs. 1 KHG i.V.m. § 6 NKHG und nach § 2 Abs. 1 Satz 2 NKHG 33 1/3 Prozent der pauschalen Fördermittel gemäß § 9 Abs. 2 und 3 KHG i.V.m. § 7 NKHG auf.

Keineswegs treten die Kommunen also „nur“ als Leistungserbringer, d.h. als etwaiger Träger von Krankenhäusern in Erscheinung.¹¹ Unterstellt man, dass das Investitionsvorhaben des Landes in der angekündigten Größenordnung realisiert wird, beteiligt sich die Kreisebene allein in den fünf Jahren dieser Wahlperiode des Landtages mit weit über einer halben Milliarde Euro (400 Millionen Einzelförderung, 183,315 Mio. Euro Pauschalförderung) an den Krankenhausinvestitionen. Ein nennenswerter Einfluss ist weder auf die absolute Höhe dieser Summe, noch auf die Verteilung insbesondere der Einzelfördermittel verbunden. Die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens, der neben den beiden durch ihre Mitglieder unmittelbar betroffenen Verbände Niedersächsischer Landkreistag und Niedersächsischer Städtetag auch der Niedersächsische Städte- und Gemeindebund angehört, ist nach § 3 Abs. 1 neben der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft, den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen, der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung und dem Landesausschuss des Verbands der privaten Krankenversicherung unmittelbar Beteiligte im Sinne des § 7 Abs. 1 Satz 2 KHG im Planungsausschuss des Landes, in dem das MS den Vorsitz führt. Die Ärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung und das für die Hochschulen zuständige Ministerium können an den Sitzungen des Planungsausschusses mit beratender Stimme teilnehmen, § 3 Abs. 1 Satz 2 NKHG.

¹⁰ Zahlen nach Angaben von Abteilungsleiterin *Schröder* in der Sitzung EKmedV des Niedersächsischen Landtages am 23.09.2019, Vorlage 74 zu Drs. 2351; der niedersächsische Anteil an den Bundesmitteln beträgt danach 44,4 Millionen Euro jährlich.

¹¹ So aber jedenfalls missverständlich *Burgi*, S. 28, 37 in Henneke (Hrsg.), o. Fn. 2

Darüber hinaus verpflichtet das Gesetz lediglich das zuständige MS, unverzüglich nach Aufstellung des Haushaltsplans des Landes der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Gelegenheit zu geben, zu der beabsichtigten Gesamtfördersumme des Investitionsprogramms für das folgende Jahr und zu der Höhe der Pauschalmittel nach § 7 Abs. 1 NKHG Stellung zu nehmen, § 2 Abs. 2 Satz 2 NKHG. Es handelt sich um eine Konkretisierung des in Art. 57 Abs. 6 NV, § 31 GGO verbürgten Anhörungsrechts der kommunalen Spitzenverbände. § 2 Abs. 2 Sätze 3 und 4 NKHG nennen Daten, bis zu denen die auf die Kommunen zukommende voraussichtliche finanzielle Belastung bekanntgegeben werden sollen. Gehen die tatsächlichen Belastungen darüber hinaus, haben die Kommunen diese zusätzlichen Mittel erst im übernächsten Jahr aufzubringen.

Unerheblich für die Finanzierungspflicht ist, ob der Landkreis oder die kreisfreie Stadt ein eigenes Krankenhaus betreibt. Es kommt auch nicht darauf an, ob und ggf. wie viele Krankenhäuser es innerhalb der eigenen Grenzen gibt. Die konkrete Höhe berechnet sich zur Hälfte nach der Einwohnerzahl, zur anderen Hälfte über eine an die Finanzkraft anknüpfende Umlagekraftmesszahl, vgl. dazu § 2 Abs. 3 und 4 NKHG.

4. Investitionen in eigene Häuser

Die Zahl der Krankenhäuser in Niedersachsen, die sich ganz oder überwiegend in kommunaler Trägerschaft befinden, ist seit Jahren moderat rückläufig. 2018 handelte es sich um 43 von 174 Häusern, was knapp einem Viertel entspricht (24,7 Prozent). Allerdings vertreten diese kommunalen Häuser mit 14.649 Betten immer noch mehr als ein Drittel des gesamten Bettenbestandes (36,4 Prozent), ihre Größe liegt also deutlich über dem Durchschnitt.¹²

Das Investitionsprogramm des Landes ist seit vielen Jahren überzeichnet. Zudem gibt es seitens des Landes die mehr oder weniger offene Erwartung, dass der Betreiber sich an Investitionen mit einer eigenen Quote beteiligt. Um ihre Häuser wettbewerbsfähig zu halten haben die Kommunen daher – wie gemeinnützige oder private Betreiber auch – im Rahmen ihrer Möglichkeiten über die allgemeine Krankenhausumlage gezielt in ihre eigenen und in Einzelfällen auch in freier (kirchlicher) Trägerschaft stehende Häuser investiert. Genaue Zahlen liegen hierüber nicht vor. Nach einer aktuellen Erhebung des Niedersächsischen Landkreistages beträgt die Summe in Form von Zuschüssen für Investitionen sowie für laufende Zwecke oder Darlehen allein in den vergangenen fünf Jahren mehr als 150 Millionen Euro.

¹² Zahlen nach dem Vortrag der Autoren gegenüber der EKmedV des Nds. Landtages am 04.03.2019, Vorlage 35 zu Drs. 2351.

5. Herausforderungen, Bedrohungen und Reformbedarf

Die vom Gesetz geforderte Sicherstellung der Krankenhausversorgung stellt die Landkreise, zu denen wie bereits geschildert¹³ auch die Region Hannover als eine der bundesweit größten kommunalen Klinikträger rechnet, und die kreisfreien Städte vor große Herausforderungen. Die seit vielen Jahren nicht auskömmliche Investitionskostenförderung erfordert zum Teil ein beachtliches finanzielles Engagement über die hohe obligatorische Beteiligung der Kommunen an diesen Mitteln hinaus. Gleichzeitig ist der Bedarf kommunal nicht steuerbar. Die Einwohnerinnen und Einwohner verlangen eine möglichst „bürgernahe“ Versorgung, nehmen aber keineswegs automatisch die nächstgelegene Klinik für ihre eigene medizinische Versorgung in Anspruch, wenn es um planbare Eingriffe und Behandlungen geht.

Aus der Wissenschaft unterstützt tendiert die Bundespolitik dazu, unter tatsächlichen oder vermeintlichen Qualitäts Gesichtspunkten zunehmend auf größere Klinikeinheiten zu setzen. So hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinem Gutachten 2018 u.a. dafür plädiert, die derzeitige bettenorientierte Planung durch eine leistungsorientierte Planung unter Berücksichtigung unterschiedlicher Versorgungsstufen bzw. Strukturen und anderer wichtiger Zielgrößen wie Personal- und Geräteausstattung zu ersetzen,¹⁴ durchweg Maßnahmen, die größere Häuser bevorzugen.

Noch deutlicher wird der Sachverständigenrat zur Investitionsfinanzierung. Hier erachtet er einen Übergang von einer dualen zu einer monistischen Finanzierung („differenzierte Monistik“) für vorzugswürdig. Da sich dies aber politisch – wegen des zu Recht erwarteten Widerstandes der Länder - nicht realisieren lasse, bedürfe es anderer Maßnahmen, um der derzeitigen Unterfinanzierung in der Investitionsförderung entgegenzuwirken und die gegenwärtigen Überkapazitäten abzubauen. Der auf Bundesebene bereits angelegte Strukturfonds sei *„...gut geeignet, um die Bereinigung der Krankenhausstrukturen zu beschleunigen und die Investitionsförderung der Länder zu ergänzen. Er sollte verstetigt werden und künftig einen stärkeren Schwerpunkt im Bereich der Schließung von Krankenhäusern, nicht nur einzelner Abteilungen, in überversorgten Gebieten setzen.“* Für vorzugswürdig wird zudem erachtet, hierfür Steuer- und nicht Beitragsgelder einzusetzen. Als „Kompensation“ wird vorgeschlagen, den Ländern „Mitplanungskompetenzen“ im Rahmen einer gemeinsamen Kommission ausgerechnet

¹³ Vgl. oben Fn. 6.

¹⁴ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), Kurzfassung des Gutachtens 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Ziffer 1307.

in bundeslandübergreifenden Gebieten anzubieten, während man sie ihnen dort offenkundig nehmen will, wo sie als Länder bisher allein zuständig sind.¹⁵

Deutlicher kann man kaum aussprechen, dass die im Grundgesetz angelegte Kompetenzverteilung bewusst missachtet und Geld des Bundes als Steuerungsinstrument zur Krankenhausplanung missbraucht werden soll. Erfahrungen der jüngeren Vergangenheit lassen es eine Frage der Zeit erscheinen, bis der Bundesgesetzgeber die verfassungsrechtliche Belastbarkeit der Reichweite des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG austesten wird.

Den Kommunen kann das nicht gleichgültig sein. Wie sollten sie den Sicherstellungsauftrag des NKHG unter solchen Rahmenumständen noch gewährleisten? Selbst wenn sie aus dieser Verpflichtung entlassen würden: Aus den sogleich aufzuzeigenden Erfahrungen der ambulanten Versorgung ist ihnen bewusst, dass sie es sind, die der Bevölkerung vor Ort eine Antwort auf deren Sorgen geben muss, weil die ansonsten Verantwortlichen für die Bürgerinnen und Bürger schlicht nicht ansprechbar sind. Deshalb bleibt zu hoffen, dass die Länder trotz aller Probleme an der dualen Finanzierung der Krankenhäuser festhalten und ihre Planungshoheit verteidigen. An einer Verbesserung der Steuerungsinstrumente und einer maßvollen Zentralisierung wird auch in dieser Konstellation kein Weg vorbeiführen. Neben einer verbesserten finanziellen Unterstützung des Landes für die verbleibenden Krankenhausstandorte benötigen Kommunen auch bessere rechtliche Rahmenbedingungen. Informations- und Einstandspflichten der nicht-öffentlichen Träger müssen geschaffen und stringent ausgestaltet werden. Es ist nicht akzeptabel, wenn z. B. ein privater Betreiber einen wirtschaftlich nicht mehr lukrativen Standort offensichtlich „ausbluten“ lässt in der begründeten Annahme, die für die Sicherstellung der Versorgung zuständige Kommune werde unter dem Druck der öffentlichen Meinung das Haus schon wieder übernehmen. Verantwortungsbewusste Beschlüsse der Kreistage und Stadträte zum Schaffen zukunftsfähiger Krankenhausstrukturen dürfen schließlich auch nicht durch kommunalverfassungsrechtliche Elemente unmittelbarer Demokratie unterlaufen oder verzögert werden, wie das in Ostfriesland über Jahre hinweg der Fall gewesen ist.¹⁶

Insbesondere aber muss der Sicherstellungsauftrag, der sich nicht nur auf die Grund- und Regelversorgung, sondern das gesamte stationäre Spektrum beziehen dürfte, wirksamer ausgestaltet werden. Die verpflichteten Landkreise und kreisfreien Städte müssen in die Lage versetzt werden, wirksam Einfluss auf die möglicherweise an anderen Parametern als bisher ausgerichtete Planung zu gewinnen. Hilfreich dafür könnte der in einer Arbeitsgruppe des Sozialministeriums angedachte verkleinerte Neuzuschnitt der Planungsregionen sein, der die tatsächlichen Patientenströme realitätsgerechter abbilden

¹⁵ SVR, o. Fn. 14, Ziffer 1308.

¹⁶ Vgl. zum Investitionsvorhaben Georgsheil Nds. LT-Drs. 18/311 v. 19.02.2018.

würde. Die auch an der Finanzierung maßgeblich beteiligten Gebietskörperschaften der Kreisebene müssen über die Gemeinschaft ihrer Hauptverwaltungsbeamten früher und mit Stimmrecht in die Planungsprozesse eingebunden werden. Dadurch ist eine über Trägerinteressen hinausgehende, bessere und transparente Planung zu erwarten, die die gemeinsame Verantwortung für die stationäre Versorgung unterstreicht. Durch das Letztentscheidungsrecht des verantwortlichen Sozialministeriums wird gleichzeitig einer Blockadegefahr entgegengewirkt.

II. Ambulante Versorgung

1. Sicherstellungsauftrag liegt bei Kassenärztlicher Vereinigung

Wichtigster Anlaufpunkt bei gesundheitlichen Problemen ist für viele Menschen zunächst der niedergelassene Haus- oder Facharzt. Die Kommunen haben in diesem Segment der Gesundheitsversorgung keine gesetzliche Verantwortung. Vielmehr ist nach § 72 Abs. 2 SGB V die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Nähere Anforderungen an die Mindestinhalte der haus- und fachärztlichen Versorgung regelt § 73 SGB V. Nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der Sicherstellungsauftrag für den in § 73 Abs. 2 SGB V beschriebenen Leistungsumfang.

Gerade in der ambulanten Versorgung klaffen aber Anspruch und Wirklichkeit auseinander. Insbesondere in ländlichen Räumen gelingt es trotz einer statistisch hohen „Medizinerdichte“ in Deutschland nicht, alle freiwerdenden Arztsitze (zeitnah) wieder zu besetzen. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Es fehlt nicht nur an einer hinreichenden Zahl an ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten. Vielfach scheinen für die erfolgreichen Absolventen der lang andauernden medizinischen Ausbildung andere medizinische Berufe und eine Tätigkeit in den urban geprägten Zentren attraktiver. Die überwiegend weibliche Schar der Berufsanfänger sieht Schwierigkeiten, eventuelle familiäre Pflichten mit der zeitaufwändigen Tätigkeit eines Hausarztes zu vereinbaren. Viele scheuen das finanzielle Risiko der Niederlassung und bevorzugen eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis. Angesichts der demografischen Entwicklung der niedergelassenen Ärzte wird sich die Situation in den kommenden Jahren nach allgemeiner Einschätzung weiter zuspitzen. Gleichzeitig wachsen die Sorgen und Befürchtungen einer im Durchschnitt alternden Bevölkerung um eine adäquate medizinische Versorgung vor Ort.

2. Finanzielles Engagement der Kommunen

In dieser Situation wenden sich die besorgten Einwohnerinnen und Einwohner nicht an eine „anonyme“ Institution wie die Kassenärztliche Vereinigung, sondern fordern Hilfe von der Kommunalpolitik ein. In der Praxis hat sich quasi „neben“ den gesetzlichen Verantwortlichkeiten ein bunter Strauß an auch finanziell relevanten Hilfestellungen der Gemeinden, Städte und Landkreise herausgebildet, um im Wettbewerb um die Gewinnung qualifizierter Mediziner für die Versorgung vor Ort zu bestehen. Zahlen dazu liegen unseres Wissens nicht vor. Deshalb können nur einige exemplarische Schlaglichter angeführt werden. Etliche Landkreise z. B. vergeben Stipendien an Medizinstudenten. Als Gegenleistung verpflichten sich die Stipendiaten, nach Abschluss der Facharztausbildung für einige Jahre in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Kreisgebiet tätig zu werden.¹⁷ Andere Landkreise versuchen, Mediziner vom Berufswunsch nach dem Abitur bis zur Vorbereitung des Austritts aus dem Berufsleben umfassend in ein Kooperationsnetzwerk einzubinden.¹⁸ Ein weiterer Landkreis fördert in einem Modellprojekt finanziell die Niederlassung als vertragsärztlich tätiger Hausarzt, entweder als Selbständiger oder als Angestellter.¹⁹

All dies sind Hilferufe, die auf ein Versagen der bestehenden gesetzlichen Mechanismen hindeuten. Es handelt sich um einen Prozess schleichender Erosion, der die Kompetenzregeln aus der Not heraus untergräbt. Gleichwohl verbleibt die Steuerung in den Händen der ärztlichen und ist dem Zugriff der kommunalen Selbstverwaltung entzogen. Vorsicht ist daher aus kommunaler Sicht geboten, wenn als mögliche Lösungsvarianten des beschriebenen Dilemmas die Kommunen stärker in die Pflicht genommen werden sollen. Dies gilt zum Beispiel für den Aufbau kommunaler oder regionaler Gesundheitszentren sowie die Unterstützung von Praxisgründungen durch finanzielle Förderung (z.B. Strukturfonds, regionale Wirtschaftsförderung).²⁰ Solche finanzielle Hilfestellung mag punktuell hilfreich sein, beantwortet aber nicht die Frage nach der strukturellen Verantwortung.

III. Notfallversorgung /Rettungsdienst

1. Rettungsdienst als kommunale Aufgabe im eigenen Wirkungskreis

Ein wichtiges Segment der medizinischen Versorgung bildet der Rettungsdienst. Er hat gemäß § 2 Abs. 1 NRettDG als medizinische, funktionale und wirtschaftliche Einheit die flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung mit den in § 2 Abs. 2 NRettDG

¹⁷ Vgl. dazu exemplarisch Landkreis Leer, NLT-Information 5/2019, S. 145 f.

¹⁸ Landkreise Hameln-Pyrmont und Schaumburg, vgl. dazu NLT-Information 5/2019, S. 151.

¹⁹ Landkreis Emsland, vgl. dazu *Kraujuttis*, NLT-Information 5/2019, S. 139, 141.

²⁰ Vgl. in diesem Sinne aber die Vorläufige Ergebniszusammenfassung zur ambulanten medizinischen Versorgung der EKmedV des Niedersächsischen Landtages, Ziff. 13 und 21b, Vorlage 76 vom 01.10.2019 zu LT-Drs. 18/2351.

näher definierten Komponenten der Notfallrettung, des Intensivtransportes und des qualifizierten Krankentransportes sicherzustellen. Träger des Rettungsdienstes sind nach § 3 Abs. 1 NRettDG das Land für die Luftrettung, im Übrigen die Landkreise, die kreisfreien Städte und die Städte Cuxhaven, Göttingen, Hameln und Hildesheim für ihren örtlichen Zuständigkeitsbereich. Im Hinblick auf sogleich anzuspreekende Reformabsichten ist zu betonen, dass die Kommunen die Aufgabe im eigenen Wirkungskreis wahrnehmen, § 3 Abs. 2 NRettDG.

Die Finanzierung des Rettungsdienstes ist seit 1992 durch das Niedersächsische Rettungsdienstgesetz in groben Federstrichen wie folgt geregelt: Der jeweilige Träger des Rettungsdienstes ermittelt nach einheitlichen Maßstäben die voraussichtlichen betriebswirtschaftlichen Gesamtkosten (Plankosten); wird der Rettungsdienst durch einen Beauftragten im Sinne von § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 NRettDG als Dienstleistung erbracht, erfolgt dies unter Einbeziehen der dadurch anfallenden Kosten, § 14 Abs. 1 NRettDG. Maßstab sind gemäß § 15 Abs. 1 Satz 2 NRettDG die Kosten eines wirtschaftlich arbeitenden Rettungsdienstes. Der Landesausschuss Rettungsdienst entwickelt Richtlinien für die Ermittlung der betriebswirtschaftlichen Gesamtkosten, § 14 Abs. 3 NRettDG.²¹

Kostenträger sind die Krankenkassen, deren Interessen durch die Pflicht zur Benennungsherstellung beim Bedarfsplan (§ 4 Abs. 6 NRettDG), durch die Vereinbarungen nach §§ 15 und 15 a NRettDG sowie durch die genannte Schiedsstellenfähigkeit aller Kosten und Entgelte gewahrt werden. Die Ausgaben der Krankenkassen für den Rettungsdienst in Niedersachsen beliefen sich im Jahr 2017 auf 413,9 Millionen Euro. Die Krankenkassen beklagen den deutlich über dem Einnahmezuwachs der Krankenkassen liegenden Aufwuchs der Kosten und verlangen eine gesetzliche Begrenzung der Ausgaben durch Anbindung an die eigene Einnahmeentwicklung. Auch kritisieren sie den Zuschnitt der Rettungsdienstbereiche an den kommunalen Grenzen, obwohl größere Einheiten versorgungstechnisch sinnvoll und deutlich günstiger wären.²² In den kommunalen Haushalten bildete sich im gleichen Jahr eine ungedeckte Lücke von gut 2,2 Millionen Euro in den Haushalten ab.²³ Im weit überwiegenden Teil wird der Rettungsdienst also aus Beitragsmitteln, nicht durch Steuergelder finanziert. Die rechtlichen Rahmenbedingungen setzen die Bundesländer.

2. Einschneidende Reformvorstellungen des BMG

Zuständigkeit und Finanzierung sollen sich nach den Vorstellungen des Bundesgesundheitsministers indes radikal ändern. Im Juli 2019 wurde ein offiziell mit der Hausleitung

²¹ Aktuell dazu vgl. Nds.MBl.37/2019 vom 25.09.2019, S. 1316 ff.

²² Zahlen und Kritik entnommen bei vdek, Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens in Niedersachsen 2017

²³ Vgl. kommunale Jahresrechnungsstatistik 2017 des Landesamtes für Statistik Niedersachsen.

noch nicht abgestimmter „Diskussionsentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung“ bekannt, der Ende August 2019 erstmals mit den Vertretern der Gesundheitsministerien der Länder erörtert wurde. Der Bund beabsichtigt, sich erhebliche Kompetenzen im Bereich des Rettungswesens zu erschließen. Dazu soll der Katalog des Art. 74 GG um eine Nr. 12a „die wirtschaftliche Sicherung des Rettungsdienstes“ ergänzt werden. Die Begründung des BMG führt dazu lapidar aus (Anlage 1, S. 36 f.):

„An der Verantwortung der Länder für die Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes wird grundsätzlich festgehalten. Allerdings machen die bessere Koordination von Rettungsdienst und ärztlichem Bereitschaftsdienst und die Weiterentwicklung des Rettungsdienstes hinsichtlich seiner Qualität, seiner technischen Ausstattung und seiner Leistungstransparenz bundesweite Rahmenvorgaben erforderlich. Dies gilt auch für eine verbindliche und einheitliche Aufteilung der Finanzierungszuständigkeiten zwischen Ländern und gesetzlicher Krankenversicherung.“

Nach dem vorgelegten Gesetzentwurf²⁴ sollen künftig die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen „gemeinsam und einheitlich“ mit den zuständigen Landesbehörden Verträge über die Vergütungen der Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach dem neuen § 60 des Gesetzentwurfs abschließen. Dabei sollen Pauschalen berücksichtigt werden; die Finanzierung der Notfalleitstellen soll aber unberücksichtigt bleiben. Sodann sieht der Gesetzentwurf eine massive Verlagerung von Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen auf die Länder (und ggf. auf die kommunale Ebene) vor: Ausdrücklich regelt § 133 Abs. 2 SGB V des Entwurfs, dass nicht nur wie bisher die Kosten des Brand- und Katastrophenschutzes, sondern künftig auch Investitions- und Vorhaltekosten des Rettungsdienstes nicht berücksichtigt werden sollen, da diese der Daseinsvorsorge des Staates“ zuzuordnen seien. Ausdrücklich genannt werden als künftig von den Ländern zu finanzieren der Neubau, Umbau oder Erweiterungsbau von Rettungswachen und zentralen Stationen des bodengebundenen Rettungsdienstes einschließlich der hierzu gehörenden Wirtschaftsgüter. Den Investitionskosten zuzurechnen sind nach dem Gesetzentwurf auch die Kosten für die Erstausrüstung mit den Wirtschaftsgütern des Anlagevermögens oder der Anlagegüter. Allein diese Bestimmungen würde in Niedersachsen dazu führen, dass ein erheblicher Teil der Kosten des Rettungsdienstes nicht mehr von den Krankenkassen als Kostenträgern zu tragen, sondern vom Land oder letztlich den Kommunen als Aufgabenträger des Rettungsdienstes aufzubringen wäre.

²⁴ Neufassung des § 133 SGB V.

Eine erhebliche Einschränkung des kommunalen Gestaltungsspielraums im Gegensatz zur jetzigen Rechtslage enthält auch § 133 Abs. 3 SGB V des Entwurfs. Dieser soll lauten: *„Die zuständigen Landesbehörden haben mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich die Planung der Anzahl von Rettungswachen und der erforderlichen Rettungsmittel und deren Ausstattung sowie weitere Fragen der Ausgestaltung der medizinischen Notfallrettung zu vereinbaren.“* Derzeit legen in Niedersachsen die Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes, also insbesondere die Landkreise und die Region Hannover, in ihrem Bedarfsplan fest, welche Rettungswachen benötigt werden. Die Angelegenheit hat regelmäßig erhebliche kommunalpolitische Bedeutung. Dieser Spielraum würde künftig den Kommunen genommen werden, weil die Planung der Anzahl von Rettungswachen nur noch gemeinsam und einheitlich erfolgen soll. Dies scheint angesichts der sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen zur Einhaltung der Hilfsfrist in Niedersachsen schon wegen der unterschiedlichen topographischen Verhältnisse vor Ort praktisch kaum vorstellbar. Vor allem aber würde der kommunale Einfluss erheblich beschnitten und eine Qualifizierung als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises kaum mehr gerechtfertigt sein.

3. Kritische Bewertung

Verfassungsrechtlich ist frappierend, dass der Bund die bestehende Verflechtung des Rettungswesens in den Ländern mit den Strukturen des Brand- und insbesondere des Katastrophenschutzes schlichthin negiert. Dies wird schon an Äußerlichkeiten deutlich, z.B. dass die fachlich für diese Materien betroffenen Ressorts der Länder gar nicht erst in die Erstabstimmung einbezogen wurden. Es bildet die Crux des Art. 72 GG in der Fassung ab 2006, dass die frühere „Erforderlichkeitsklausel“ für eine Bundeskompetenz nur noch für die in Art. 72 Abs. 2 GG genannten Materien der konditionierten konkurrierenden Gesetzgebung²⁵ gilt. Das BMG hat es wohlweislich vermieden, diesen Weg zu wählen, könnte die Erforderlichkeit einer bundesgesetzlichen Regelung vermutlich auch nur äußerst schwer begründet werden. Irreführend ist die Formulierung in der Begründung, es seien (nur) „bundesweite Rahmenvorgaben“ erforderlich. Die frühere Rahmengesetzgebung des Bundes im damaligen Art. 75 GG gibt es nicht mehr. Anders als bei der seinerzeitigen Rahmengesetzgebung beabsichtigt der Bund auch keinen „Rahmen“ für die Ländergesetzgebung zu spannen, sondern will Kernmaterien des Rettungswesens bundesrechtlich verbindlich regeln. Dies gilt namentlich für die im gleichen Atemzug in der Begründung des Gesetzentwurfs genannte „verbindliche und einheitliche Aufteilung der Finanzierungszuständigkeiten zwischen Ländern und gesetzlicher Krankenversicherung“.

²⁵ Vgl. dazu *Sannwald*, Rz. 47 zu Art. 72 in Schmidt-Bleibtreu/Hofmann/Henneke (Hrsg.), GG, Kom., 14. Aufl. 2018.

Wie der gleiche Entwurfsverfasser behaupten kann, u.a. durch die rettungsdienstlichen Leistungen der medizinischen Notfallrettung würden zwar die Haushalte von Ländern und Kommunen belastet, diesen Kosten ständen jedoch erhebliche Einsparpotentiale gegenüber, die sich aus der verbindlichen Zusammenarbeit mit der Rufnummer 116117 der Kassenärztlichen Vereinigungen und den geplanten Integrierten Notfallzentren ergäben,²⁶ hinterlässt schlicht Ratlosigkeit. Ohne auf die ihrerseits komplexen Probleme der Zusammenlegung der Notrufnummern und deren befremdliche Ausgestaltung im Entwurf eingehen zu können²⁷ erschließt sich weder, welche Art Einsparungen gemeint sind, noch wird auch nur ansatzweise der Versuch einer Quantifizierung der Kostenverschiebungen vorgenommen.

Die Länder werden die Auswirkungen des Gesetzentwurfs in zweifacher Hinsicht genau zu prüfen haben. Sie würden nicht nur erneut eine Kernkompetenz landesrechtlicher Gestaltung verlieren, sondern auch die erheblichen finanziellen Lasten übernehmen müssen, die in ihren eigenen Haushalten und denen der Kommunen entstehen. Es muss angesichts des Aufgabenübertragungsverbots in Art. 84 Abs. 1 Satz 7 GG bezweifelt werden, ob der Bund das Recht hat, neue kommunale Aufgaben der Daseinsvorsorge aus dem Hut zu zaubern. Aufgrund der eindeutigen verfassungsrechtlichen Einstandsposition der Länder ständen diese aber jedenfalls in der Pflicht, wenn den Kommunen neue pflichtige Aufgaben aufoktroiyert würden.

IV. Öffentlicher Gesundheitsdienst

1. ÖGD als kommunale Aufgabe im eigenen Wirkungskreis

Eine der tragenden Säulen der gesundheitlichen Versorgung bildet der in der öffentlichen Diskussion oftmals nicht mit der gebotenen Aufmerksamkeit wahrgenommene öffentliche Gesundheitsdienst. Er hat die Aufgabe, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern und zu schützen.²⁸ Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind in Niedersachsen nach § 2 Abs. 1 des Niedersächsischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) das Fachministerium als oberste Gesundheitsbehörde, die Landkreise und kreisfreien Städte sowie das als Fachbehörde organisierte²⁹ Landesgesundheitsamt. Die Landkreise und kreisfreien Städte werden auch in diesem Bereich im eigenen Wirkungskreis tätig, soweit durch Gesetz oder Verordnung nicht ausnahmsweise etwas anderes bestimmt ist, § 2 Abs. 2 Satz 1 NGöGD. Sie richten zur Erfüllung ihrer Aufgaben einen medizinischen Fachdienst ein, dem neben anderen medizinischen Professionen auch Ärztinnen und Ärzte angehören müssen, die berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung „Öffentliches Gesundheitswesen“ zu führen, § 2 Abs. 2 Satz 2 Ziff. 1

²⁶ S. 4 des Entwurfs, unter D b).

²⁷ Kritisch dazu bereits Meyer, vgl. NOZ vom 31.07.2019.

²⁸ Vgl. in diesem Sinne § 1 Abs. 1 S. 1 NGöGD.

²⁹ Vgl. im Einzelnen § 9 NGöGD.

NGöGD, die sog. Amtsärztinnen und Amtsärzte.³⁰ Der multiprofessionelle Ansatz des öffentlichen Gesundheitsdienstes wird dadurch unterstrichen, dass die zum 31.12.2017 242 Ärztinnen und Ärzte in Vollzeit nur 17,3 Prozent des Personalbestandes ausmachen.³¹ Sie werden unterstützt durch Zahnärzte, Sozialarbeiter, medizinische Fachangestellte, zahnmedizinische Fachangestellte, Gesundheitsingenieure, Gesundheitsaufseher, Verwaltungsfachkräfte und sonstige Mitarbeiter. Daneben sind eine beachtliche Zahl von Zahn- und Allgemeinmedizinern als Honorarkräfte in den Gesundheitsämtern tätig.³²

Das Niedersächsische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst nennt als ausdrückliche Aufgaben des ÖGD den Infektions- und Strahlenschutz (§ 3),³³ Prävention und Gesundheitsförderung (§ 4), Kinder- und Jugendgesundheit (§ 5),³⁴ den umweltbezogenen Gesundheitsschutz (§ 6), Untersuchungen und Begutachtungen (§ 7) sowie die Gesundheitsberichterstattung (§ 8). Der öffentliche Gesundheitsdienst nimmt somit im Einzelnen ein breites Spektrum bevölkerungs- und individualmedizinischer Tätigkeiten wahr.³⁵ Ein Schwerpunkt liegt dabei in einem präventiven Wirken, das in einer Umwelt mit vielfältigen, in ihren Auswirkungen zum Teil kaum abzuschätzenden, gesundheitlichen Gefährdungen stetig an Bedeutung gewinnt.

Das von der 91. Gesundheitsministerkonferenz am 20./21.06.2018 begrüßte „Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst“ nennt als Stärken des ÖGD den bevölkerungsbezogenen Blickwinkel sowie dessen Arbeit als sozialkompensatorisch, gemeinwohlorientiert und frei von kommerziellen Interessen. Der ÖGD zeichne sich durch seine Bürgernähe und Einbindung in die kommunalen Strukturen mit vielfältigen Arbeitsbeziehungen zu anderen Behörden und Institutionen aus. Er verfüge über Zugangsmöglichkeiten zu den verschiedenen Institutionen, Zielgruppen und Lebenswelten vor Ort. Für besondere Personengruppen werde er auch individualmedizinisch tätig und

³⁰ Vgl. dazu § 2 Abs. 3 NGöGD.

³¹ Zur Sicherstellung von qualifiziertem ärztlichen Fachpersonal im ÖGD vgl. den Beschluss des Niedersächsischen Landtags vom 13.12.2018, LT-Drs. 18/1532, und die Unterrichtung vom 12.06.2019, LT-Drs. 18/4031.

³² Zahlen nach der Unterrichtung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung zur Rolle des ÖGD, EKmedV des Niedersächsischen Landtags, Vorlage 83 vom 14.10.2019 zu LT-Drs. 18/2351.

³³ Aktuell zu Krankenhausinfektionen und Antibiotikaresistenzen als Herausforderungen für den ÖGD vgl. *Hüppe*, NLT-Information 5/2019, S. 144 ff; ausführlicher dazu *dies.*, EKmedV des Niedersächsischen Landtags, Vorlage 84 vom 14.10.2019 zu LT-Drs. 18/2351.

³⁴ Zu aktuellen Bestrebungen, die Teilnahme von Kindern an der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe (wieder) gesetzlich zu verankern, vgl. *Kötz*, NLT-Information 5/2019, S. 148 ff.

³⁵ Zu Aufgaben und Perspektiven der Niedersächsischen Gesundheitsämter vgl. ausführlich *Wermes*, EKmedV des Niedersächsischen Landtags, Vorlage 85 vom 14.10.2019 zu LT-Drs. 18/2351 sowie den Jahresbericht des Gesundheitsamtes des Landkreises Hildesheim, angefügt der Vorlage 84 zu LT-Drs. 18/2351.

bierte aufsuchende Hilfen an.³⁶ Finanziell bietet der Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung erhebliche Einsparpotentiale, um kostenintensive kurative Medizin zu vermeiden.

2. Kosten

Die Kosten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes lassen sich aufgrund der Haushaltssystematik nicht exakt separieren. Saldiert man die Ein- und Auszahlungen der Produktgruppen 412 (Gesundheitseinrichtungen) und 414 (Maßnahmen der Gesundheitspflege), die im Wesentlichen den Tätigkeitsbereich der Gesundheitsämter abdecken, gelangt man für das Jahr 2017 zu einem Zuschussbetrag der niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte von über 116 Millionen Euro, weitere gut 55 Millionen Euro werden durch Einzahlungen refinanziert.³⁷ Allein diese Größenordnungen verdeutlichen zweierlei: Der Öffentliche Gesundheitsdienst leistet zum einen nicht nur qualitativ einen bedeutsamen Beitrag für das Gesundheitswesen, sondern auch quantitativ. Zum anderen wird deutlich, dass die öffentliche Hand letztlich über Steuermittel einen beachtlichen finanziellen Beitrag für ein funktionierendes Gesundheitswesen leistet, deren Wirkungen weit über die klassisch hoheitliche Aufgabe der Amtsärzte hinausreicht.

3. Gesundheitsregionen

Gerade dieser Aspekt soll mit einer weiteren aktuellen Entwicklung unterstrichen werden. In den Jahren 2011 bis 2013 initiierte das Land Niedersachsen in den Landkreisen Emsland, Heidekreis und Wolfenbüttel das Modellprojekt „Zukunftsregionen Gesundheit“. Themen im Landkreis Emsland waren die Verbesserung der ärztlich-medizinischen Versorgung, Älterwerden und Gesundheit sowie Gesundheitsförderung und Prävention. Aus dieser Initiative heraus wurden zahlreiche Einzelprojekte in Angriff genommen, die sich mit der Delegation ärztlicher Leistungen, der medizinischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen, einer verbesserten Demenzversorgung und anderes beschäftigten. Heute widmet sich die Gesundheitsregion Emsland u.a. mit verschiedenen Projekten der Digitalisierung in Gesundheit und Pflege.³⁸

Inzwischen verstehen und definieren sich nahezu alle Landkreise und kreisfreien Städte als „Gesundheitsregionen“. Die zeitlich begrenzte Förderung des Landes von 13.000 Euro im Jahr³⁹ zur Strukturbildung wird zwar von den meisten Kommunen gern mitge-

³⁶ Das Leitbild ist aufzurufen unter <https://www.akademie-oegw/die-akademie/leitbild-oegd.html>;

³⁷ Vgl. Kommunale Jahresstatistik 2017 des Landesamtes für Statistik Niedersachsen (LSN), Dezernat 43-Öffentliche Finanzen.

³⁸ Ausführlich dazu *Kraujuttis*, NLT-Information 5/2019, 139 ff.

³⁹ Vgl. Richtlinie Gesundheitsregionen vom 20.11.2017, Nds.MBl. S. 1570.

nommen, kann den notwendigen Aufwand aber nicht annähernd abdecken. Einige verzichten auch bewusst auf diese Minimalförderung, um unabhängig von den Vorgaben einer Landesrichtlinie arbeiten zu können. Die Gesundheitsregionen sind oftmals die Initiatoren, um innovative Projekte auf den Weg zu bringen. Dies wird gefördert mit Landesmitteln aus der genannten Richtlinie sowie ergänzenden Zuschüssen der sogenannten Kooperationspartner (Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Ärztekammer Niedersachsen, AOK Niedersachsen, Verband der Ersatzkassen, BKK Landesverband Mitte und IKK classic) in Höhe von jährlich 490.000 Euro. Im Jahr 2019 erhielten sieben Projekte eine Unterstützung auf diesem Wege.

Ihre wesentliche Legitimation beziehen sie aber aus einem rechtlich bisher überhaupt nicht determinierten Grund: Die Gesundheitsregionen haben sich vor Ort als maßgebliche Plattformen etabliert, um sektorenübergreifend den Informationsaustausch aller relevanten Akteure des Gesundheitswesens zu organisieren und zu gewährleisten. Organisatorisch sind sie nicht durchweg, aber doch überwiegend dem öffentlichen Gesundheitsdienst im jeweiligen Landkreis/der kreisfreien Stadt zugeordnet.

V. Weitere Entwicklungen

Demografischer Wandel, technologischer Fortschritt, geänderte gesellschaftliche Anschauungen und andere Entwicklungen haben weitere Folgewirkungen, die auch auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung einwirken und die Kommunen betreffen. Sie können hier nur exemplarisch und schlaglichtartig beleuchtet werden.

1. Öffentlicher Nahverkehr

Eine Konzentration von Krankenhausstandorten im ländlichen Raum und die befürchtete Ausdünnung der ambulanten Versorgungsstruktur einerseits, eine generell älter werdende Bevölkerung und der Eintritt geburtenstarker Jahrgänge in das Rentenalter andererseits werfen Fragen nach Erreichbarkeit und Mobilität auf. Dies gilt für die Patientinnen und Patienten selbst, aber auch für die wünschenswerte familiäre oder persönliche Begleitung insbesondere im Rahmen der stationären Versorgung. Hier verschärft sich die Herausforderung, wenn der Neubau von Krankenhausstandorten „auf der grünen Wiese“ erfolgt, um mehrere ehemalige kleinere Einrichtungen zu ersetzen. Beispiele bilden das Agaplesion Ev. Klinikum Schaumburg in Obernkirchen, das beabsichtigte Zentralklinikum im ostfriesischen Georgsheil oder auch die diskutierte Zusammenführung der drei bisherigen Standorte im Landkreis Diepholz in Bassum.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen Fahrtkosten – nur für die Patienten selbst – nach § 60 SGB V nur in engen Ausnahmefällen, wenn die Fahrt in Zusammenhang

mit einer Leistung der Krankenkasse medizinisch notwendig ist. Damit wachsen die Ansprüche an die öffentliche Hand. Träger des öffentlichen Personennahverkehrs sind nach § 4 Abs. 1 des Niedersächsischen Nahverkehrsgesetzes (NNVG) für schienen- und straßengebundenen Verkehr die Region Hannover sowie der Regionalverband „Großraum Braunschweig“ für seinen fünf Landkreise und drei kreisfreie Städte umfassenden Verbandsbereich. Im Übrigen liegt die Trägerschaft für den schienengebundenen Nahverkehr beim Land und für den übrigen öffentlichen Personennahverkehr bei den Landkreisen und kreisfreien Städten. Sie haben auf Antrag einer kreisangehörigen Gemeinde die Aufgabenträgerschaft für den Verkehr zu übertragen, der im Wesentlichen auf das Gebiet der Gemeinde beschränkt ist, § 4 Abs. 2 Satz 1 NNVG.

In der Praxis war der öffentliche Nahverkehr im ländlichen Raum in der Vergangenheit schwerpunktmäßig auf den Schüler- und Ausbildungsverkehr ausgerichtet. Erst 2017⁴⁰ ist es gelungen, eine gewisse Transparenz in die hierfür seitens des Landes gewährten Ausgleichsleistungen zu erbringen, deren historisch bedingte derzeitige Verteilung auf die Aufgabenträger sich allerdings kaum rational erklären lässt. In diesem Zusammenhang hat das Land Niedersachsen den Aufgabenträgern jährlich weitere 20 Millionen Euro zur finanziellen Unterstützung für die Weiterentwicklung des straßengebundenen öffentlichen Nahverkehrs zur Verfügung gestellt, vgl. § 7b NNVG. Nach Abs. 2 Satz 1 dieser Norm sollen diese Mittel insbesondere für die Entwicklung von Angeboten dienen, die den Linienverkehr in Räumen und Zeiten schwacher Nachfrage ergänzen und besonders auf wechselnde Nachfrage zugeschnitten sind (flexible Bedienformen).

Dies könnte als erster Ansatz einer ÖPNV-Förderung des Landes verstanden werden, die (auch) medizinische Versorgungsaspekte stärker in den Blick nimmt. Allerdings lässt die auf den einzelnen Träger entfallende Summe derzeit kaum ernsthafte Verbesserungen zu. Zu erwägen wäre auch, die Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen über die Förderung aus dem Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) zu unterstützen. Es stellt sich perspektivisch aber insbesondere die Frage nach einer angemessenen Beteiligung der Krankenversicherung an den Kosten. Diese scheinen jedenfalls in Teilen des Landes notwendig, um die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern, wie § 1 Abs. 1 Satz 1 SGB V dies als Zielstellung umschreibt. Zudem sind sie möglicher Weise durch Entscheidungen bedingt, die nur mit Zustimmung der Krankenversicherung erfolgen kann, wie dies z.B. bei der Zentralisierung von Krankenhausstandorten mit Mitteln des Strukturfonds des Bundes der Fall ist.

⁴⁰ Vgl. das Gesetz vom 02.03.2017, Nds. GVBl. S. 53.

2. Digitalisierung

Die mit der Digitalisierung einhergehenden Möglichkeiten einer standortunabhängigen Versorgung mit medizinischen Leistungen werden die Strukturen verändern. Im stationären Bereich ist es schon möglich, Diagnose und Therapie mit Hilfe kooperierender Spezialisten in medizinischen Zentren zu unterstützen. Im ambulanten Sektor gibt es erste positive Erfahrungen, Patienten auf den ostfriesischen Inseln den Weg zum Facharzt auf dem Festland durch apparative Hilfen vor Ort zu ersparen.⁴¹ Die Digitalisierung eröffnet auch neue Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der vertragsärztlichen Versorgung. Aus kommunaler Sicht lässt sich derzeit schwer einschätzen, welche konkreten Auswirkungen die rasant fortschreitende technische Entwicklung an das Vorhalten kommunaler Infrastruktur stellen wird.

3. Sektorenübergreifende Versorgung

Große Hoffnungen setzen reformwillige Akteure in der Politik und einzelnen Kreisen der Gesundheitswirtschaft auf ein Aufbrechen der bisher starren Grenze zwischen der ambulanten und stationären Versorgung. Indes mangelt es weitgehend an realistischen Vorschlägen zur Umsetzung eines solchen Vorhabens.

Die AOK Niedersachsen hat im Rahmen der Enquetekommission des Niedersächsischen Landtages⁴² erste Vorstellungen einer sektorenunabhängigen Sicherstellung der „ambulanten Versorgung“ skizziert.⁴³ Danach würde sich die ambulante Versorgung künftig in drei Stufen gliedern: Basisversorgung, spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung. Die Basisversorgung soll die medizinische Grundversorgung umfassen. Verantwortlich wären die Hausärzte, die allerdings auch bestimmte Leistungen erbringen würden, die heute noch von Fachärzten oder Krankenhäusern erbracht werden, sowie Präventionsmaßnahmen. Die Basisversorgung soll im Wege der Delegation und Koordination durch den Hausarzt für die Teilnahme weiterer nichtärztlicher Fachgruppen geöffnet werden. Dazu rechnen nicht nur Angestellte der Praxis, sondern auch Pflege, Heilmittelerbringer, Apotheken, Reha-Einrichtungen, Optiker und der sozialpädiatrische Dienst. Lotsenfunktion und Case Management werden als integraler Bestandteil dieses Ansatzes verstanden.

⁴¹ Projekt der Gesundheitsregion des Landkreises Leer im Bereich Augenheilkunde, näher [www.landkreis-leer.de/Leben-Lernen/Gesundheit-Verbraucher/Gesundheitsregion/ProjekteOphthamed-Telenet-Telemedizinisches Projekt auf Borkum](http://www.landkreis-leer.de/Leben-Lernen/Gesundheit-Verbraucher/Gesundheitsregion/ProjekteOphthamed-Telenet-Telemedizinisches%20Projekt%20auf%20Borkum)

⁴² Vgl. oben Fn. 8.

⁴³ Vgl. dazu im Einzelnen *Preugschat*, EKmedV des Niedersächsischen Landtages, Vorlage 50 vom 20.05.2019 zu LT-Drs. 18/2351.

Spannend ist die Frage nach den rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen. Nach den Vorstellungen der AOK Niedersachsen soll die Definition von Leistungsinhalten und Kennzahlen auf der Bundesebene stattfinden. Die Planung der Basisversorgung soll hingegen auf Landesebene in gemeinsamer Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landeskrankenhausesellschaft, der Krankenkassen und der Aufsicht (also dem Land) vorgenommen werden. Versorgungsaufträge würden von einer Landesgesellschaft regional vergeben. Die Vergütung der Basisversorgung soll pauschaliert unter Berücksichtigung wesentlicher Merkmale der zu versorgenden Bevölkerung erfolgen.

VI. Fazit und Ausblick

Der Überblick zeigt, dass die Kommunen, insbesondere die Landkreise und kreisfreien Städte, in allen Feldern des Gesundheitswesens eine bedeutsame Rolle einnehmen. Teils sind ihnen die Aufgaben durch Landesrecht ausdrücklich überantwortet (stationäre Versorgung, Rettungswesen, öffentlicher Gesundheitsdienst), teils wachsen ihnen in der Praxis neue Aufgaben zu, weil es Defizite bei den originär Verantwortlichen (ambulante Versorgung) oder geänderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen (Gesundheitsregionen) gibt. In der stationären Versorgung und im öffentlichen Gesundheitsdienst sind sie mit einem hohen eigenen Anteil an der Finanzierung des Gesundheitswesens engagiert. Obwohl es sich in beiden Fällen um Aufgaben des eigenen Wirkungskreises handelt, ist der eigene Gestaltungsspielraum aufgrund der gesetzlichen Vorgaben überschaubar (öffentlicher Gesundheitsdienst) und bei der Mitfinanzierungspflicht der stationären Versorgung über die Investitionsplanung des Landes praktisch nicht vorhanden.

Läge also eine stärkere Implementierung der Rolle der Kommunen im SGB V in der Logik der Entwicklung? Insoweit ist zu äußerster Behutsamkeit zu mahnen. Aus den Erfahrungen der Vergangenheit wie den aktuellen Diskussionen einer möglichen Bundeskompetenz für das Rettungswesen wären eher der kommunalen Selbstverwaltung abträgliche bundesweite Vorgaben denn zusätzliche Finanzmittel zu erwarten. Die Äußerungen des Sachverständigenrates zur Investitionsfinanzierung des Bundes im stationären Bereich wie die Überlegungen des Bundesgesundheitsministeriums im Rettungswesen zielen genau in diese der kommunalen Selbstverwaltung konträre Richtung. Die Bundesländer sind gefordert, Kernbereiche ihrer Gesetzgebungskompetenz im föderalen Staatswesen zu verteidigen. Gemeinsam mit ihren Gemeinden, Städten und Landkreisen müssen sie für eine gesundheitliche Versorgung garantieren, die auch - aber eben nicht allein - an wirtschaftlichen Maßstäben zu messen ist. Das Vorhalten einer bürgernahen Infrastruktur im Gesundheitswesen ist zentral für die politische Akzeptanz des staatlichen Gemeinwesens in der Bevölkerung. Insbesondere muss dem tatsächlichen oder auch nur empfundenen Eindruck entgegengewirkt werden, es würden unterschiedliche

Maßstäbe für die Versorgung der Menschen in den urbanen Zentren und den ländlichen Räumen gelten.

Soll eine gleichwertige flächendeckende medizinische Versorgung aufrechterhalten werden, muss ein sektorenübergreifender Ansatz deutlich stärker verfolgt werden. Für die Steuerung dieser Bemühungen enthält das SGB V einen Nukleus in § 90a, nach dessen Abs. 1 Satz 1 nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden kann. Dieses kann nach § 90a Abs. 1 Satz 2 SGB V Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben; hierzu gehören auch Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung.

Die Landkreise haben die Bildung dieses Gremiums als ersten richtigen Schritt für eine regional ausgerichtete Gesundheits- und Versorgungsplanung begrüßt,⁴⁴ schon im Gesetzgebungsverfahren aber die originäre Mitwirkung der Kommunen und Entscheidungskompetenzen angemahnt. Die Entwicklung dieses auch in Niedersachsen gebildeten Gremiums hat die daran geknüpften Erwartungen bisher nicht annähernd erfüllen können. Wenn die oben unter V. skizzierten Überlegungen für die Planung einer Basisversorgung auf Landesebene eine Chance auf Realisierung haben sollen, muss Zusammensetzung und Arbeitsauftrag des § 90a-Gremiums nachgesteuert werden. Voraussetzung für das Gewinnen von Handlungsspielräumen insgesamt ist es aber, die im SGB V streng getrennt verlaufenden Finanzierungsstränge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung jedenfalls partiell zu durchbrechen und zusammenzuführen.

Unterhalb der Landesebene könnte der sektorenübergreifende Ansatz befördert werden durch eine Stärkung der koordinierenden Rolle der Landkreise und kreisfreien Städte. Die Marke der Gesundheitsregion könnte durch gesetzliche Rahmenbedingungen aufgewertet werden. Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass die Kreativität der kommunalen Selbstverwaltung nicht durch verpflichtende Vorgaben untergraben wird. Ein Weg könnte sein, z. B. durch Einfügen eines neuen § 90b in das SGB V die maßgeblichen Akteure nach Maßgabe des jeweiligen Landesrechts zur Teilnahme an koordinierenden Gesprächsrunden auf der Kreisebene zu verpflichten. Das gegenseitige Wissen um die Planungen der gesetzlich für die einzelnen Aufgabenbereiche in der Verantwortung Stehenden und Bleibenden hat sich dort, wo die Gesundheitskonferenzen arbeiten, schon heute als wertvoller Beitrag zur Fortentwicklung einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung vor Ort erwiesen.

⁴⁴ Vgl. nur *Reumann*, Der Landkreis 2012, 232, 234.

Kommunale Krankenhäuser

Vorsitzender des Vorstands Bernhard Ziegler, Interessenverband kommunaler Krankenhäuser e.V.



» **Kommunale Krankenhäuser:**
Versorgung
der Bevölkerung
mit Gesundheits-
dienstleistungen

Bernhard Ziegler,
Krankenhausdirektor
und Vorsitzender IVKK

06. November 2019



» Zur Person

- » Dipl. Volkswirt Bernhard Ziegler
- » Krankenhausdirektor im Klinikum Itzehoe seit 1994
- » Bundesvorsitzender des Interessenverbandes der kommunalen Krankenhäuser (IVKK e.V.) seit 2011



» **Zum Standort**



» **Zahlen, Daten, Fakten**

- » Schwerpunktversorger und Akademisches Lehrkrankenhaus
- » (Gründungs-) Mitglied im 6K-Verbund
- » 138 Mio. € Umsatzvolumen
- » 83 Mio. € Investitionsvolumen im Zeitraum 2012 bis 2017
- » 601 Betten; 88 tagesklinische Plätze
- » 11 Kliniken, 6 Tageskliniken, 3 MVZs
- » 28.515 vollstationäre Fälle
- » 2.567 teilstationäre Fälle
- » 45.962 ambulante Fälle
- » 10.861 Operationen
- » 1.587 geborene Babys
- » 8 Tochterunternehmen, 1 Seniorenzentrum
- » rund 2.300 Mitarbeiter/innen insgesamt
- » 23 Ausbildungsberufe: insgesamt 312 Auszubildende

2018



» Kooperation Kommunaler Krankenhäuser in Schleswig-Holstein



» Der Zweckverband

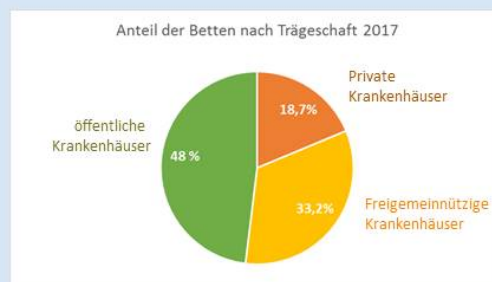


» Interessenverband Kommunaler Krankenhäuser e.V. (IVKK)

- » Hauptsitz (IVKK-Geschäftsstelle) in Berlin, Friedrichstrasse 90
- » Gegründet 2005, aktuell insgesamt 64 Mitgliedskrankenhäuser
- » unmittelbare Vertretung der operativ-betriebswirtschaftlich verantwortlichen Organe (Geschäftsführung, Vorstand o.ä.) kommunaler Krankenhäuser
- » Ergänzung zur Vertretung der Eigentümer/ Träger über die kommunalen Spitzenverbände
- » Dienstleister im Hinblick auf die Beobachtung, Analyse und Gestaltung relevanter gesundheitspolitischer Prozesse und verbindet die Mitgliedsunternehmen mit Entscheidern in Parlament, Ministerien und Wirtschaft

» Kommunale Krankenhäuser Merkmale Teil 1

Das Rückgrat der stationären Gesundheitsfürsorge wird von den in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft befindlichen Krankenhäusern der Zentral- und Maximalversorgung gebildet



Kommunale Krankenhäuser sichern als „Bürger-Krankenhäuser die stationäre Krankenversorgung in Deutschland

Konservative Kliniken

- » Geriatrische Klinik – Akutgeriatrie – Frührehabilitation – GTK - Palliativmedizin
- » Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie und päd. Intensivmedizin
- » Medizinische Klinik I (Kardiologie, Onkologie, Pulmologie, Diabetologie)
- » Medizinische Klinik II (Gastroenterologie)
- » Klinik für Neurologie
- » Zentrum für psychosoziale Medizin



Operative Kliniken

- » Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Viszeralchirurgie
- » Klinik für Anästhesiologie
- » Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- » Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
- » Klinik für Urologie und Kinderurologie



- » Regionales Traumazentrum
- » Endoprothetikzentrum
- » Wirbelsäulen-Einrichtung
- » Darmkrebszentrum
- » Gefäßzentrum
- » Stroke Unit
- » Kompetenzzentrum für minimal-invasive Chirurgie
- » Perinatalzentrum Level 1
- » Holsteinisches Brustzentrum
- » Gynäkologisches Krebszentrum



» Kommunale Krankenhäuser Merkmale Teil 2

Kommunale Krankenhäuser kümmern sich sowohl um die Versorgung mit Spitzenmedizin als auch um die oft gefährdete wohnortnahe Versorgung in der Fläche



... das Leistungsspektrum des Klinikums Itzehoe beinhaltet u.a.

- ✓ umfassende Notfallversorgung
- ✓ NEF/ Baby-NEF/ VEF
- ✓ ambulante Schmerztherapie
- ✓ Implantation von N...
- ✓ teilstationäre Versorgung (z.B. Tagesklinik)
- ✓ bedarfsgerechten Versorgung vor Ort verpflichtet.
- ... in drei MVZs an unterschiedlichen Standorten
- ✓ Neonatologie Level I
- ✓ Palliativmedizin
- ✓ Sozialpädiatrisches Zentrum
- ✓ Kinder- und Jugendpsychiatrische Tagesklinik

» Kommunale Krankenhäuser Merkmale Teil 3

Kommunale Krankenhäuser sind verantwortungsvolle Arbeitgeber und haben positive Auswirkungen auf die örtliche Arbeitsmarktsituation

- » Das örtliche Krankenhaus ist oft einer der größten Arbeitgeber in der Region
- » Kommunale Krankenhäuser setzen mit der Vergütung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Branchenstandard.
- » Durch Möglichkeiten der betrieblichen Altersversorgung sorgen kommunale Krankenhäuser auch im Alter für Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- » Kommunale Krankenhäuser bilden häufig mehr Fachkräfte aus, als sie selbst benötigen.

» Zusammenarbeit von unterschiedlichen Berufsgruppen

Mitarbeiter Gesamtzweckverband mit Tochtergesellschaften



- Pflegedienst: 708 Mitarbeiter/innen
- Ärztlicher Dienst: 303 Mitarbeiter/innen
- Medizinisch-technischer Dienst: 297 Mitarbeiter/innen
- Funktionsdienst: 232 Mitarbeiter/innen
- Kaufmännischer Bereich: 161 Mitarbeiter/innen
- Weitere Bereiche: 635 Mitarbeiter/innen
(Wirtschafts- und Versorgungsdienst, Technischer Dienst, Sonderdienst, Auszubildende)

Insgesamt: rund 2.300 Mitarbeiter

Stand: 06/2019

» Auszubildende im Klinikum Itzehoe

▪ Medizinstudenten im praktischen Jahr (PJler)	10	▪ Hebamme/ Entbindungspfleger	4
▪ Gesundheits- und Krankenpfleger/in	143	▪ Bachelor of Science - Wirtschaftsinformatiker	1
▪ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	16	▪ Fachinformatiker/in - Systemintegration	2
▪ Physiotherapeut/in	90	▪ Fachinformatiker/in - Anwendungsentwicklung	1
▪ Medizinische/r Fachangestellte/r	12	▪ Informatikkaufmann/-frau	1
▪ Operationstechnische/r Angestellte/r	4	▪ Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen	3
▪ Altenpfleger/in	6	▪ Elektroniker/in für Energie- u. Gebäudetechnik	4
▪ Altenpflegehelfer/in	0	▪ Koch/ Köchin	0
▪ Physician Assistant	1	▪ Fachkraft im Gastgewerbe	0
▪ Bachelor of Science - Betriebswirtschaftslehre	4	▪ Gebäudereiniger / in	2
▪ Bachelor of Science - Pflege	6	▪ Fachkraft für Lagerlogistik	1
▪ Bachelor Hebammenwissenschaften	1		



**23 Berufe
312 Azubis**

Stand: 07/2019



Für kommunale Krankenhäuser steht die Patientenversorgung im Mittelpunkt. Erzielte Gewinne verbleiben im System und kommen so der Allgemeinheit zugute.



... wesentliche Entwicklungen des Klinikums Itzehoe der letzten 2 Jahre:

- ✓ Neubau Zentrum für Psychosoziale Medizin (ZPM)
mit Modellcharakter: Behandlung von stationären, ambulanten
und teilstationären Patienten in einem Gebäude
- ✓ Neubau Bildungszentrum/ Akademie inkl. Räumen für Simulationstraining
- ✓ Neubau Parkhaus mit 690 Stellplätzen, ansprechende Lamellen-Fassade
- ✓ Errichtung Palliativstation mit 12 Zimmern in ebenerdiger Lage
- ✓ Etablierung Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ):
Umbau Räume Krankenpflegeschule
- ✓ Neukonzeption Notaufnahme inkl. Anlaufpraxis (*in Planung*)
- ✓ Neubau Infektionsstation (*in Planung*)
- ✓ Umzug Urologie/ Umbau Räume Psychiatrie (*in Planung*)

- » Gesundheitsfürsorge ist zentraler Bestandteil der staatlichen Daseinsvorsorge.
Öffentliche Krankenhäuser sind ein unverzichtbarer Bestandteil!
- » Das Gesundheitswesen ist kein sich selbst regulierender Markt -
deshalb darf es auch nicht als solcher behandelt werden!
- » Wettbewerb ist sinnvoll - im Gesundheitswesen aber nur eingeschränkt möglich!
- » Primäre Gewinnorientierung nützt weder den Patienten, noch der Allgemeinheit!
- » Die Verantwortung für die stationäre Krankenhausversorgung liegt nach dem KHG
bei den kreisfreien Städten und Kreisen.
- » Diese Verantwortung ist nicht delegierbar. Ein Verkauf des eigenen Krankenhauses
an einen privaten Träger entbindet nicht davon.
- » Der Sicherstellungsauftrag im Insolvenzfall liegt bei der Kommune.
- » Fortschreitende Konzentration privater Träger erhöht systematisches Risiko
während Gewinne aus Solidarbeitragsleistungen der Kostenträger entnommen
und dem System entzogen werden.



Interessenverband
kommunaler
Krankenhäuser e.V.



**KLINIKUM
ITZEHOE**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Diskussionsbericht (3. Teil)

Von Dipl.-Jur. Stefan Jansen

Herr Professor Erdmann (Niedersächsisches Justizministerium) eröffnete die Diskussion mit einer Nachfrage zum Referat von Herrn Ziegler. Dieser habe ausgeführt, dass das Klinikum Itzehoe mit Blick auf die Personalstärke gut dastehe. Vor dem Hintergrund des von anderen Referenten und Diskutanten dargestellten Fachkräftemangels stelle sich die Frage, wie in Itzehoe die Mitarbeitergewinnung gelinge.

Herr Ziegler bestätigte, dass frei werdende Stellen, mit Ausnahme der Bereiche Anästhesie und Psychiatrie, in der Regel gut zu besetzen seien. Dies liege nach seiner Überzeugung an dem im Verhältnis zur Konkurrenz besseren Arbeitsklima. Das Klima etwa in den Krankenhäusern der Asklepios-Gruppe, dem größten Konkurrenten, werde nach seinen Erfahrungen regelmäßig als nicht gut beschrieben. Gerade für die jungen Menschen sei dies ein entscheidender Gesichtspunkt, sodass nicht ins Gewicht falle, dass sein Klinikum keine bessere Bezahlung bieten könne. Überhaupt habe er beobachtet, dass die Frage nach dem Arbeitsklima für viele Berufseinsteiger in gewissem Umfang wichtiger sei als die Frage der Vergütung. Hilfreich sei sicherlich auch, dass das Klinikum Itzehoe in Sachen IT gut aufgestellt sei.

Herr Professor Hartmann führte aus, dass beide Vergütungsmodelle im Krankenhauswesen Fehlanreize setzten: Die Vergütung nach Tagessätzen führe zu einem längeren Krankenhausaufenthalt, das System der Fallpauschalen zu vorzeitigen Entlassungen, wenn nicht gar zu unnötigen Operationen. Es stelle sich also die Frage, welches Modell weniger negative Fehlanreize setze. Darüber hinaus sei zu überlegen, ob es nicht noch ein drittes Vergütungsmodell gebe.

Herr Ziegler verwies darauf, dass die Anpassungen an das Vergütungssystem jeweils vorhersehbar seien. Im Tagessatzmodell erfolge die Vergütung nach der Anzahl der Tage des Krankenhausaufenthalts, also würden „Tage“ geliefert. Bei einer Vergütung nach Fallpauschalen werde vom System eine Mengenausweitung gefordert, was entsprechende Folgeerscheinungen mit sich bringe. Zugleich werde dann aber versucht, jenen Entwicklungen mit einer Überregulierung entgegen zu treten. Ein dritter Weg sei aus seiner Sicht die Vereinbarung eines Regionalbudgets. Dabei werde ein Geldbetrag für das ganze Jahr zur Verfügung gestellt und die Art und Weise der Aufgabenerfüllung gleichzeitig freigestellt. Für den Bereich der Psychiatrie habe er damit bereits positive Erfahrungen gemacht, was allerdings auch an der insoweit bestehenden räumlichen und

inhaltlichen Abgrenzbarkeit liege, welche für das Gelingen dieses Modells notwendig sei.

Herr Makel (Bürgermeister der Gemeinde Nienhagen) richtete zwei Fragen an Herrn Ziegler: Zum einen wollte er wissen, wie die Nachwuchsgewinnung, insbesondere mit Blick auf die Ausbildungsplätze, gelinge und zum anderen, wie er die Zusammenlegung der Pflegeberufe bewerte.

Hinsichtlich der Zusammenlegung der Pflegeberufe zeigte sich Herr Ziegler zwiespalten. Zwar gebe es durchaus positive Effekte. Nach seiner Prognose würden aber die Altenpflegeeinrichtungen darunter leiden, was wiederum schlecht für die Krankenhäuser sei. Mit Blick auf die Nachwuchsgewinnung verwies Herr Ziegler erneut auf das in seiner Einrichtung im Verhältnis zur Konkurrenz bestehende gute Arbeitsklima. Für ein ansprechendes Ausbildungsumfeld Sorge zudem ein neues und modern gestaltetes Bildungszentrum.

Frau Professorin Cancik stellte daraufhin fest, dass es für die Nachwuchsgewinnung offenbar erforderlich sei, sich in gewisser Weise positiv von der Konkurrenz abzusetzen. Dies sei zwar vorteilhaft für die eigenen Beschäftigten, aber natürlich schlecht für die Mitarbeiter der privaten Konkurrenz. Mit Blick auf das von Herrn Ziegler dargestellte Konzept eines Regionalbudgets fragte sie nach, warum dieses nicht weiter verbreitet sei.

Nach Einschätzung von Herrn Ziegler sei dieses Konzept im Bereich der Psychiatrie durchaus verbreitet, was an der bestehenden Abgrenzbarkeit liege. Das Konzept funktioniere wohl nicht ohne weiteres bei somatischen Krankheiten. Dabei gebe es eigentlich nur Gewinner und keine Verlierer. Es reduziere insbesondere den „Misstrauensaufwand“, was konkret dazu führe, dass Personen, die durch das bisherige System der Fallpauschalen gebunden seien, für bessere Tätigkeiten zur Verfügung stünden.

Herr Welzel (Beigeordneter der Stadt Solingen) regte an, über Ergänzungen zum System der Fallpauschalen (DRG-System) nachzudenken. So sei gegenwärtig etwa die Finanzierung der Notfallaufnahmen nicht hinreichend sichergestellt. Herr Ziegler verwies insoweit auf eine Initiative des Landes Schleswig-Holstein im Bundesrat, welche dieselbe Stoßrichtung aufweise und nach seiner Einschätzung zu einer Verbesserung des Systems führen würde.

Frau Professorin Cancik schilderte ihren Eindruck, dass Versorgungsanteile durch die Krankenhäuser in öffentlicher bzw. freigemeinnütziger Hand zurückgewonnen werden könnten, wenn die private Konkurrenz Schwächen zeige. Sie richtete daher die Frage an

Frau Henke, ob insoweit auf Landesebene eine Taskforce zur Unterstützung der Kommunen eingerichtet werden solle.

Frau Henke zeigte sich überzeugt, dass die kommunalen Krankenhäuser überleben könnten, wenn sie die Vorteile der öffentlichen Hand nutzten; es gebe insoweit auch ein gutes Zusammenwirken mit den freigemeinnützigen Trägern. Die private Konkurrenz handele nun einmal gewinnorientiert, weshalb vereinzelt auch ein Rückzug der Privaten zu beobachten sei. Dann müssten die Kommunen einspringen, was keine einfache Aufgabe sei. Eine Unterstützung und Begleitung der Kommunen durch das Land sei in dieser Situation durchaus wünschenswert; die Kommunen seien nach ihrer Einschätzung insoweit jedenfalls handlungswillig.

Herr Ziegler führte mit Blick auf den Ärztemangel im ländlichen Raum aus, die Kommunen stünden in Bezug auf die ambulante ärztliche Versorgung regelmäßig vor der Wahl, ein MVZ zu gründen oder einen frei werdenden Kassenarztsitz unbesetzt zu lassen. Für die Gründung eines MVZ genüge allerdings nicht schon ein einzelner Sitz; es bedürfe vielmehr einer gewissen kritischen Masse. Zudem sei bei den Kommunen das notwendige Managementpotenzial kaum vorhanden, sondern müsse zugekauft werden.

Die Frage von Frau Professorin Cancik, ob eine Ausbildung geeigneter Personen durch die Kommunen möglich sei, verneinte Herr Ziegler. Es brauche etwa ein halbes bis dreiviertel Jahr, um ein MVZ erfolgreich managen zu können. Eine entsprechende Weiterbildung durch eine geeignete Stelle sei natürlich möglich. Es sei auch gewissermaßen der beste Weg, wenn eine Kommune geeignete Personen weiterbilden lasse, anstatt das Wissen von außen zuzukaufen. Dann bestehe nämlich für diese komplexe Thematik gleich die erforderliche Vertrauensbasis.

Frau Henke verwies darauf, dass hinsichtlich der ambulanten Versorgung eine Lösung der Probleme durch die Kommunen allein nicht möglich sei. Vielmehr seien insoweit die kassenärztlichen Vereinigungen verantwortlich. Von Seiten der KVen gebe es aber keinerlei Unterstützung für die Kommunen. Das Land müsse dort tätig werden, auch wenn dies wegen der bestehenden Selbstverwaltung schwierig sei. Die Kommunen könnten nicht die Probleme anderer lösen.

Frau Kösters (Samtgemeindegemeinderin der Samtgemeinde Emlichheim) unterstützte die Sichtweise von Frau Henke. Die Kommunen würden notgedrungen Aufgaben von anderen übernehmen, weil diese nicht selbst tätig würden. Die KVen müssten das Problem einer ausreichenden ambulanten ärztlichen Versorgung, auch und gerade im ländlichen Raum, lösen. Eine Taskforce hinsichtlich der Gründung eines MVZ müs-

se daher über die KVen kommen, schließlich sei weder das Land noch die Kommune verantwortlich.

Herr Albers (Beigeordneter a.D. der Stadt Sarstedt) nahm abschließend die von Herrn Professor Ipsen in dessen Referat geäußerte Einschätzung auf, dass die Gesundheitsprävention eine öffentliche Aufgabe sei und diese Aufgabe zukünftig energischer wahrgenommen werden müsse. Frau Henke fragte er daher nach dem Beitrag der kommunalen Ebene insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Landkreise und kreisfreien Städte Träger der Gesundheitsämter seien.

Frau Henke hielt die Gesundheitsprävention ebenfalls für eine immer wichtiger werdende Aufgabe. Allerdings würden die öffentlichen Mittel insoweit gekürzt und auch im öffentlichen Gesundheitsdienst fehle es an Personal. Nach ihrer Einschätzung sei daher gegenwärtig bereits die Grenze des Leistbaren erreicht.

Gesundheitsfürsorge in der Region – ein Werkstattbericht

Kreisrätin Dr. Sigrid Kraujuttis, Landkreis Emsland

I. Einführung

Medizinische und pflegerische Nachwuchsgewinnung, Digitalisierung und sektorenübergreifende Versorgung sind Themen, die die Gesundheitspolitik in Deutschland derzeit umtreiben. Der Landkreis Emsland geht als Gesundheitsregion diese Themen aktiv an, um gemeinsam mit den zentralen Gesundheitsakteuren vor Ort Lösungen für die Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu erarbeiten.

Der Landkreis Emsland wurde am 1. August 1977 aus den Kreisen Aschendorf-Hümmling, Meppen und Lingen gebildet. Er erstreckt sich über 2.880 km² von der nordrhein-westfälischen Landesgrenze bei Rheine bis zur Grenze Ostfrieslands bei Papenburg. Er ist damit flächenmäßig der größte Landkreis Niedersachsens und zählt zu den größten in der Bundesrepublik Deutschland.

Mehr als 320.000 Einwohner leben aktuell im Landkreis. Seit dem Jahr 1991 ist die Bevölkerung um rund 60.000 Menschen angewachsen. Dass sich gerade junge Menschen im Emsland wohlfühlen, ist Ergebnis einer langjährigen guten Familienpolitik. Hinzu kommt die Heimatverbundenheit der Emsländerinnen und Emsländer.

II. Gesundheitsfürsorge als kreisliche Aufgabe

In den Jahren 2011 bis 2013 war der Landkreis Emsland eine von drei Modellregionen im Rahmen des niedersächsischen Modellprojekts „Zukunftsregionen Gesundheit.“ Nach Abschluss der Modellphase finden die geschaffenen Strukturen ihre Fortsetzung in der Gesundheitsregion Emsland.

Im Rahmen der Gesundheitsregion ist der Landkreis Koordinator und Partner bei der Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen, er kümmert sich um die Gewinnung ärztlichen Nachwuchses, entwickelt sektorenübergreifend innovative Versorgungskonzepte und initiiert Projekte zur Prävention und Gesundheitsförderung.

1. Öffentlicher Gesundheitsdienst im Wandel

Die genannten Aufgaben werden hausintern federführend vom Fachbereich Gesundheit wahrgenommen. Allerdings ist ein derart weitgehendes Aufgabenverständnis des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) positiv-rechtlich nicht normiert. Insofern sind die Aktivitäten im Rahmen der Gesundheitsregion freiwillige Aufgaben der kommunalen Daseinsfürsorge. Einen jährlichen Zuschuss i. H. v. 13.000 € bekommt der Landkreis vom Land über die Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Gesundheitsregionen in Niedersachsen.¹

Was treibt den Landkreis an, dass er sich über die Pflichtaufgaben des ÖGD hinaus die Gestaltung einer bedarfsgerechten gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung auf die Fahnen schreibt, insbesondere da der Landkreis mit Blick auf die medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung dem Grunde nach gut aufgestellt ist.

Sieben Krankenhäuser mit insgesamt 1.612 Betten im Niedersächsischen Krankenhausplan 2019² bieten ein breites Leistungsspektrum mit einer Eigenversorgungsquote von rund 80 %. Eine Reihe interdisziplinärer Zentren gewährleistet eine bestmögliche Diagnose und Behandlung auch komplexer Erkrankungen. Und nach dem im Auftrag des Landkreises Emsland von der Universitätsmedizin Greifswald 2017 erstellten Versorgungsatlas³ sind die Leistungserbringer der medizinischen und pflegerischen Versorgung für viele Fachrichtungen im Emsland noch flächendeckend vorhanden, wenn auch die Wiederbesetzung freierwerdender Sitze, insbesondere im hausärztlichen Bereich, zunehmend schwieriger wird.

2. Demografischer Wandel

Inzwischen machen sich auch im Emsland die Auswirkungen des demografischen Wandels mit einer steigenden Anzahl älterer und hochbetagter Menschen in der Bevölkerung bemerkbar. Allein die Zahl der über 80-jährigen wird von 16.500 Ende 2017 auf annähernd 22.000 im Jahr 2030 ansteigen. In der Folge nehmen insbesondere altersassoziierte Erkrankungen deutlich zu, was zwangsläufig mit einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Leistungen verbunden ist. Gleichzeitig steigen die Ansprüche an medizinische und pflegerische Leistungen beständig.

¹ RdErl. d. MS v. 20. 11. 2017.

² Niedersächsischer Krankenhausplan 2019, S. 16, 17.

³ https://www.emsland.de/leben-freizeit/gesundheit/zukunftsregion-gesundheit/versorgungsatlas/_versorgungsatlas-landkreis-emslant.html

In der Bevölkerung wächst die Sorge um die zukünftige ärztliche und pflegerische Versorgung. Nachwuchsmediziner müssen für den ländlichen Raum gewonnen werden. Und bei älteren Menschen bestehen über die gute medizinische und pflegerische Versorgung hinaus Bedarfe, die insbesondere die Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter medizinischer sowie pflegerischer Versorgung betreffen.

Der Landkreis Emsland wird mit diesen Themen in der Praxis konfrontiert, wenn sich z. B. Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements mit dem Pflege- und Seniorenstützpunkt des Landkreises in Verbindung setzen, um die weitere Versorgung einer Patientin/eines Patienten zu planen oder wenn sich hilfe- und pflegebedürftige Menschen oder ihre Angehörigen selbst an den Pflege- und Seniorenstützpunkt wenden. Darüber steht das Demenz-Servicezentrum des Landkreises bei Fragen zur Versorgung demenziell erkrankter Menschen zur Verfügung. Nicht zuletzt wird der sozialpsychiatrische Dienst des Landkreises immer häufiger auch zu älteren Personen gerufen, die allein nicht mehr zurechtkommen.

Gleichzeitig zum steigenden Versorgungsbedarf in einer älter werdenden Gesellschaft zeichnen sich ein Nachwuchsmangel und eine erhöhte Arbeitsbelastung in Medizin und Pflege ab. Die Entwicklung ist nicht neu und aktuell auf allen politischen Ebenen zu einem Megathema geworden. Lösungsansätze verbergen sich hinter den bekannten Schlagworten:

- Gewinnung von ärztlichem und pflegerischem Nachwuchs,
- sektorenübergreifende Versorgung und
- Digitalisierung.

Die dahinterstehenden Aufgaben erfordern Kreativität und eine gute und intensive Kooperation der Leistungserbringenden. Nur so können nachhaltige Strategien zur Gewinnung neuer Ärztinnen und Ärzte entwickelt und innovative sektorenübergreifende Versorgungsmodelle erprobt werden, die im Ergebnis alle Beteiligten entlasten und gleichzeitig zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Der Landkreis hat hier als Gesundheitsregion eine koordinierende Funktion in der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit übernommen.

III. Die Sektoren im Gesundheitswesen und die Pflege

Formal stehen in unserem Gesundheitssystem der stationäre und der ambulante Bereich nach wie vor wie zwei Säulen mit verschiedenen Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten nebeneinander. Hinzu kommt die Pflege. Eine strukturierte Zusammenarbeit, erst recht eine gemeinsame Planung wird zwar vielfach angemahnt, gibt es aber bis heute

nicht.

1. Sicherstellung der stationären Versorgung

Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung obliegt den Landkreisen und kreisfreien Städten. Sie sind verpflichtet, eine bedarfsnotwendige Versorgung mit Krankenhausleistungen vorzuhalten, wenn diese nicht von einem freigemeinnützigen oder privaten Träger angeboten werden (§ 1 KHG⁴).

Die Krankenhausplanung obliegt hingegen den Ländern. Die Länder stellen Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf (§§ 1, 6 Abs. 1 KHG). Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt (§ 6 Abs. 4 KHG). Die Krankenhauspläne führen die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser gegliedert nach Versorgungsregionen, den Standorten, den Fachrichtungen sowie der Zahl der Planbetten und teilstationären Plätze auf (§ 4 Abs. 3 NKHG⁵). Sind Krankenhäuser als bedarfsnotwendig im Krankenhausplan eines Landes festgestellt, sind sie zur Krankenhausbehandlung gesetzlich Versicherter zugelassen (§ 109 Abs. 4 Satz 1 i. V. m. Abs. 1 SGB V). Im Gegenzug sind sie im Rahmen ihres Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung verpflichtet (§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Gegenüber den Krankenkassen haben sie einen Anspruch auf Abschluss einer Entgeltvereinbarung (§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V, § 11 KHEntgG). Die Länder sind nach dem Grundsatz der dualen Krankenhausfinanzierung ihrerseits verpflichtet, die Investitionskosten der Plankrankenhäuser zu tragen (§ 8 KHG).

Beim Niedersächsischen Krankenhausplan handelt es sich um einen Rahmenplan, der durch ergänzende Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V zwischen den Vertragsparteien näher konkretisiert werden kann. Der Niedersächsische Krankenhausplan wurde 1985 aufgestellt und wird jährlich fortgeschrieben. Er liegt aktuell in der 34. Fortschreibung mit Stand 1.01.2019 vor.⁶

2. Sicherstellung der ambulanten Versorgung

Der Sicherstellungsauftrag der ambulanten Versorgung obliegt der kassenärztlichen Vereinigung (§ 75 SGB V). Seit der zum 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Neufassung

⁴ Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 3 des MDK-Reformgesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789)

⁵ Niedersächsisches Krankenhausgesetz vom 19. Januar 2012 (Nds.GVBl. S. 2), zuletzt geändert durch Artikel 3 § 16 des Gesetzes vom 30.05.2019 (Nds. GVBl. S. 88)

⁶ Die Fortschreibungen der zurückliegenden Jahre sind auf der Internetseite des niedersächsischen Sozialministeriums unter <https://www.ms.niedersachsen.de/themen/gesundheits/krankenhaeuser/krankenhausplanung/krankenhausplanung-14156.html> als PDF-Datei eingestellt.

der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses⁷ unterliegen alle Arztgruppen der Bedarfsplanung mit Ausnahme der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen. Die jeweiligen Arztgruppen sind vier Versorgungsebenen (Hausärztliche Versorgung, Allgemein fachärztliche Versorgung, Spezialisierte fachärztliche Versorgung, Gesonderte fachärztliche Versorgung) zugeordnet, für die vier unterschiedlich großen Planungsbereiche (Mittelbereiche, Kreise, Raumordnungsregionen, Bereich der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen) gelten.

Für die jeweiligen Versorgungsebenen werden einheitliche Verhältniszahlen zwischen Arzt und Einwohnern bestimmt mit Ausnahme der allgemein fachärztlichen Versorgung. Die diesbezüglichen Verhältniszahlen (Planungsbereich Landkreis und kreisfreie Stadt) richten sich nach den jeweiligen Kreistypen (stark mitversorgend, mitversorgend und mitversorgt, stark mitversorgt, mitversorgt, eigenversorgt ist oder polyzentrischer Verflechtungsraum).

Durch die Einbeziehung eines Demografiefaktors können darüber hinaus die konkreten Verhältniszahlen in einzelnen Versorgungsbereichen nochmals abweichen. Von den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie kann zudem im Einzelfall auf Landesebene abgewichen werden, wenn regionale Besonderheiten wie Demografie, Morbidität, sozioökonomische Faktoren, räumliche Faktoren oder infrastrukturelle Besonderheiten dies erfordern.

Mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie soll ein ausgewogenerer Zugang zur ambulanten Versorgung ermöglicht und flexibel auf besondere Versorgungsprobleme im ländlichen Raum reagiert werden können.

Auf der Grundlage der Bedarfsplanungsrichtlinie legt der Bedarfsplan Niedersachsen fest, wie viele Ärzte und Psychotherapeuten in einem definierten räumlichen Bereich jeweils für eine bestimmte Bevölkerungsanzahl zur Verfügung stehen sollen. Sind in einem Planungsbereich mehr Ärzte und Psychotherapeuten tätig als nach der Bedarfsplanung vorgesehen, stellt der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Überversorgung fest. Folge der Überversorgungsfeststellung ist die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen, so dass dann für den Planungsbereich grundsätzlich keine Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung mehr erteilt werden dürfen.

Für den Emsland bedeutet dies, dass aktuell insgesamt noch 28 freie Stellen im Bereich der hausärztlichen Versorgung und 7,5 freie Stellen bei den Ärztlichen Psychotherapeu-

⁷ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung in der Neufassung vom 20. Dezember 2012, Bundesanzeiger BAnz AT 31.12.2012 B7, zuletzt geändert am 16. Mai 2019, Bundesanzeiger BAnz AT 28.06.2019 B6.

ten und 1,5 Stellen für Kinder- und Jugendpsychiater besetzt werden können. Darüber hinaus sind alle Facharztgruppen gesperrt.⁸ Gleichwohl gibt es lange Wartezeiten insbesondere bei den Augenärzten und den Hautärzten, die gerade von älteren Menschen des Öfteren konsultiert werden müssen.

3. Forderung des Sachverständigenrats Gesundheit

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat sich in seinem Gutachten 2018 mit der Komplexität des Gesundheitssystems, der nach wie vor viel zu hohen Mauer zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und der Notwendigkeit einer bedarfsorientierten Steuerung in der Gesundheitsversorgung befasst⁹. Aus Sicht des Sachverständigenrates müssen Antworten gefunden werden auf die Frage, wie die Versorgung im stationären und ambulanten Bereich bei einer Gesamtbeurteilung des Gesundheitswesens sektorenübergreifend geplant und gesteuert werden kann, damit am Ende die erheblichen, aber begrenzten Mittel für das Gut „Gesundheit“ reichen. Der Sachverständigenrat stellt in seinem Gutachten fest, dass es weiterhin – nebeneinander – Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem gibt und empfiehlt mit einem Bündel von Maßnahmen gegenzusteuern. Oberstes Ziel müsse dabei das Wohl der Patientinnen und Patienten sein.¹⁰

4. Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur

Nach § 9 SGB XI sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt. Auf dieser Grundlage verpflichtet § 5 NPfzG¹¹ die Landkreise und kreisfreien Städte, eine den örtlichen Anforderungen entsprechende notwendige pflegerische Versorgungsstruktur nach Maßgabe dieses Gesetzes sicherzustellen. Kreisangehörige Gemeinden einschließlich der Mitgliedsgemeinden von Samtgemeinden und Samtgemeinden können für ihr Gebiet die Bereitstellung im Einvernehmen mit dem Landkreis übernehmen. Die kommunalen Körperschaften sollen eigene Einrichtungen allerdings nur schaffen, soweit die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur nicht durch Einrichtungen anderer Träger sichergestellt werden kann.

Im Landkreis Emsland wird die Pflegeinfrastruktur mittlerweile ausschließlich durch

⁸ Siehe <https://www.kvn.de/Mitglieder/Zulassung/Bedarfsplanung.html> (Stand: 06.11.2019).

⁹ <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606>

¹⁰ Siehe Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.), Bedarfs-gerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, 2018, S. 45 ff.

¹¹ Niedersächsisches Pflegegesetz in der Fassung vom 26. Mai 2004 (GVBl 2004, S. 157), mehrfach geändert.

freigemeinnützige und private Träger sichergestellt. Die Einrichtungen haben einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Pflegekassen, soweit sie die Voraussetzungen § 72 Abs. 3 SGB XI erfüllen. Nach Abschluss des Versorgungsvertrages und einer Pflegesatz- bzw. Vergütungsvereinbarung (§ 85 Abs. 1, 89 Abs. 1 SGB XI) besteht seitens der Pflegeeinrichtung ein Anspruch auf Investitionsförderung des Landes (§ 8 NPfLG).

Anders als die stationäre und ambulante medizinische Versorgung unterliegt die pflegerische Infrastruktur in Niedersachsen mithin keiner strengen Planung, vielmehr marktwirtschaftlichen Entwicklungen. Der Landkreis wird bei Nachfrage beratend tätig bzw. erörtert Fragen zur pflegerischen Versorgung und zur Koordinierung von Leistungsangeboten mit den Leistungsanbietern in den von ihm nach § 4 NPfLG zwei bis dreimal im Jahr organisierten Pflegekonferenzen.

IV. Von der Zukunftsregion zur Gesundheitsregion Emsland

Aufgrund der rechtlichen Trennung der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung und der Pflege fehlt eine sektorenübergreifend gut abgestimmte Versorgung der Patientinnen und Patienten. Inzwischen ist das Thema auch auf bundespolitischer Ebene erkannt, so dass in den Koalitionsvertrag vom 12. März 2018 die Vereinbarung der Bildung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“ aufgenommen wurde, die bis 2020 zu Grundsatzfragen Arbeitsergebnisse vorzulegen hat.¹²

Indes war es schon 2011 die Idee des Landesmodellprojekts „Zukunftsregionen Gesundheit“ auf regionaler Ebene die dringend benötigte Zusammenarbeit zu erproben und Lösungsansätze zu entwickeln, die auf andere übertragbar sind.

Hierzu bedurfte es einer gemeinsamen „Plattform“. Diese konnte nach zutreffender Ansicht des Landes nur vom jeweiligen Landkreis entwickelt bzw. koordiniert werden. Allerdings war in den ersten Jahren durchaus Überzeugungsarbeit zu leisten, dass sich der Landkreis über die klassischen Aufgaben des ÖGD hinaus um die Sicherstellung der ärztlich medizinischen und pflegerischen Versorgung kümmert.

1. Modellphase

Schon in der Modellphase sind in den seinerzeit definierten Handlungsfeldern:

- Verbesserung der ärztlich-medizinischen Versorgung,
- Älterwerden und Gesundheit,

¹² Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, S. 97.

- Gesundheitsförderung und Prävention

gute sektorenübergreifende Projekte, z. B. zur Delegation ärztlicher Leistungen, zur medizinischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen (Heimarztmodell) oder zur Beratung und Fortbildung rund um das Krankheitsbild Demenz (Demenz-Servicezentrum) entstanden.¹³ Dabei kristallisierte sich bereits heraus, dass die Versorgung des älteren Menschen und der Umgang mit der „Ressource Arzt“ einen besonderen Schwerpunkt darstellen.

2. Gesundheitsregion Emsland

Seit Abschluss der Modellphase finden die geschaffenen Strukturen ihre Fortsetzung in der „Gesundheitsregion Emsland“. Der Landkreis hat sich über die Jahre als Koordinator und Partner bei der Vernetzung fest etabliert. Die Zusammenarbeit mit den Vertretern der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, der Ärztekammer Niedersachsen und der Pflege erfolgt neben informellen Kontakten in regelmäßigen Steuerungsgruppensitzungen sowie im Rahmen der jährlich stattfindenden Gesundheitskonferenzen.¹⁴

Die Akteure auf kommunaler Ebene sehen aber nicht nur den alten Menschen. Genannt seien insoweit die zunehmenden seelischen Erkrankungen, veränderte Familienstrukturen, das Aufwachsen in einer digitalen Gesellschaft, die Herausforderungen der Inklusion und Integration.

Mit Blick auf die zunehmenden seelischen Erkrankungen wurde im November 2016 das emsländische Bündnis gegen Depression gegründet. Es handelt sich um ein regionales Bündnis als Teil der bundesweiten Initiative „Stiftung Deutsche Depressionshilfe“. Ziel ist es, durch Aufklärungskampagnen den Wissensstand über depressive Erkrankungen in der Bevölkerung, bei den Betroffenen und ihren Angehörigen, in bestimmten Berufsgruppen und unter dem medizinischen Fachpersonal zu verbessern. Das schließt auch ein, Qualität und Quantität der Angebote für Betroffene und Angehörige zu erhöhen und auf diese Weise auch Suizide und Suizidversuche zu verhindern. So wurden beispielsweise eine Selbsthilfegruppe, ein Lauftreff, ein Chor und eine Kochgruppe für Depressive sowie Fachtage initiiert.

Ferner wurde im April dieses Jahres vom Kreistag die Einrichtung einer Hebammenzentrale im Fachbereich Gesundheit des Landkreises beschlossen. Diese soll Schwange-

¹³ Siehe hierzu Kraujuttis, NLT 6/2016, S. 237 ff.

¹⁴ Siehe auch Kraujuttis, Der Landkreis 4/2019, S. 193 f.

ren die Suche nach einer Hebamme erleichtern und eine bessere Übersicht über Angebote und Kapazitäten schaffen.¹⁵

Genannt seien zudem die vielfältigen Angebote im Bereich der „Frühen Hilfen“, Präventionsprojekte in Kindertagesstätten und Schulen, niederschwellige Beratungen mit mehrsprachigen Informationsmappen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Migranten im Kindes- und Jugendalter und nicht zuletzt das Kooperationsprojekt „Geistige Behinderung – problematischer Konsum“ mit dem Caritasverband Emsland. Dieses soll Menschen mit geistiger Behinderung im Rahmen der Inklusion befähigen, gesundheitsbewusst mit Suchtmitteln umzugehen.

Nicht zuletzt wird auch die die Sterbe- und Trauerbegleitung ein immer größeres Thema. Im Rahmen des „Netzwerks Hospizkultur“ wurden 2018 in Zusammenarbeit mit den stationären Pflegeeinrichtungen und Hospizdiensten einheitliche Standards entwickelt und etabliert, um pflegende Mitarbeiter im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer zu schulen. Aufgrund des großen Erfolgs ist geplant, das Projekt auf alle stationären Pflegeeinrichtungen im Emsland auszuweiten und ein sog. „Hospiz-Siegel“ zu vergeben.

V. Versorgungsatlas Landkreis Emsland

Um die Arbeit der Gesundheitsregion auf der Grundlage einer genauen Datenlage weiterführen zu können, wurde durch das Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald 2017 eine Ist-Analyse der Versorgungsstrukturen im Emsland erstellt.¹⁶ Der Versorgungsatlas enthält detaillierte Karten und Tabellen zum Auftreten von häufigen chronischen Erkrankungen des Alters und stellt diese der medizinisch-pflegerischen Versorgung und deren Erreichbarkeit gegenüber. Diese Datengrundlage macht es möglich, Bedarfe und planerisches Handeln in der Gesundheitsversorgung abzuleiten. Darüber hinaus wurden Empfehlungen formuliert, die u.a. auch telemedizinische Funktionalitäten und eHealth umfassen. Nicht zuletzt die konstruktive Zusammenarbeit mit der Universitätsmedizin Greifswald war Anlass, dass der Landkreis mittlerweile in zwei Projekten die telemedizinische und digitale Unterstützung erprobt, die auch durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung gefördert werden. Mit der Digitalisierung werden neue Versorgungswege im Gesundheitswesen aufgerufen – nicht nur eine Chance, sondern eine der größten Herausforderungen für die Zukunft.

¹⁵ www.hebammenzentrale-emsland.de.

¹⁶ <https://www.emsland.de/leben-freizeit/gesundheit/zukunftsregion-gesundheit/versorgungsatlas/versorgungsatlas-landkreis-emsland.html>

VI. Digitalisierung in Gesundheit und Pflege

1. Telemedizinische psychiatrische Versorgung nach Entlassung

Sensible Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung gibt es insbesondere bei der Behandlung depressiv erkrankter Menschen. Um gute Heilungschancen zu haben und vor Rückfällen zu schützen, ist eine kontinuierliche Weiterbehandlung auch nach einem Krankenhausaufenthalt enorm wichtig. Hier setzt das Projekt „Telemedizinische psychiatrische Versorgung nach Entlassung – Neue Therapieoptionen in der psychiatrischen Versorgung im Landkreis Emsland“ an. Die teilnehmenden Patienten erhalten nach der stationären Behandlung ein Gesundheits-Tablet, mit dem sie Kontakt zum Arzt halten können. Über das Tablet werden Daten zur Befindlichkeit, Medikamenteneinnahme oder tagesstrukturierenden Maßnahmen erfasst. Die Verbindung soll den Patienten helfen, im Alltag besser mit der Krankheit umgehen zu können. Langfristig sollen sie eher vor Rückfällen geschützt werden.

2. eMedCare – digitale Brücke zwischen Hausarzt und Pflege

Das Projekt „eMedCare Emsland-Osnabrück – digitale Brücke zwischen Hausarzt und Pflege in den Gesundheitsregionen Emsland und Landkreis und Stadt Osnabrück“ soll die Schnittstelle zwischen pflegerischer und ärztlicher Versorgung von älteren Menschen mit Pflegeeinstufung digital gestalten. Mit einer eigens entwickelten Technologie werden Hausarzt und Pflege besser vernetzt. Auf dieser digitalen Plattform kommunizieren der versorgende Arzt und Pflegedienst über den Versorgungsverlauf eines Patienten, um so Anpassungen vorzunehmen, Verordnungen zu verlängern oder zu verändern. Diese verlässliche Sammlung von Informationen soll die Hausbesuche vorbereiten und Krisensituationen vermeiden.¹⁷

VII. Förderprogramme für Nachwuchsmediziner

Parallel zum steigenden Versorgungsbedarf zeichnen sich ein Nachwuchsmangel und eine erhöhte Arbeitsbelastung in Medizin und Pflege ab. Um Nachwuchsmediziner für das Emsland zu gewinnen, besteht seit Juli 2014 ein umfassendes Förderprogramm für Nachwuchsmediziner, das die Vergabe von Stipendien sowie die finanzielle Förderung von Famulaturen in einer Praxis für Allgemeinmedizin und die finanzielle Förderung des Praktischen Jahres in einem Krankenhaus im Emsland umfasst. Um die Attraktivität einer Ausbildung zum Allgemeinmediziner weiter zu erhöhen, werden zudem Weiter-

¹⁷ Siehe auch Kraujuttis, Der Landkreis 4/2019, S. 193 (194); Bojara/Pottharst, Der Landkreis 4/2019, 195 (197).

bildungsassistenten während der zweijährigen Weiterbildung in einer hausärztlichen Praxis über die Weiterbildungsvergütung hinaus gefördert. Entscheiden sie sich nach Abschluss der Weiterbildung für eine Tätigkeit in einer hausärztlichen Praxis im Emsland, können sie mit einem weiteren finanziellen Bonus unterstützt werden.

Das Förderprogramm für Nachwuchsmediziner ist ein gutes Mittel, um bei den Medizinstudierenden für die Region zu werben und sie auf das Emsland aufmerksam zu machen. Die Förderungen bieten einen Anreiz, die Versorgung im ländlichen Raum kennenzulernen. Es zeigt sich jedoch, dass finanzielle Anreize allein nicht reichen. Insofern muss sich der Landkreis mit seinen Netzwerkpartnern auch intensiv um die Nachwuchsmediziner kümmern. Nur über eine qualitativ gute Betreuung lässt sich ein „Klebeffekt“ erzielen. Die vergangenen Fortbildungen der Weiterbildungsgesellschaft Meilenstein¹⁸ in den emsländischen Krankenhäusern haben gezeigt, dass die Studierenden von der medizinischen Versorgung im Emsland überzeugt werden können. So haben schon einige Studierende nach Teilnahme an den Fortbildungen den Weg ins Emsland gefunden.

VIII. Förderung der Niederlassung von Hausärzten

Auch wenn die Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung obliegt, hat der Kreistag des Landkreis Emsland im Oktober 2014 die Förderung der Niederlassung von Hausärzten im Emsland als ein dreijähriges Modellprojekt beschlossen, das zwischenzeitlich nochmals um drei Jahre verlängert wurde. Gefördert wird die Niederlassung als vertragsärztlich tätiger Hausarzt (Allgemeinmediziner/hausärztlich tätiger Internist) bzw. die Anstellung eines Hausarztes. Bei besonderer Bedeutung für den ländlichen Raum kann auch die Gründung einer Zweigpraxis gefördert werden. Verbunden ist die Förderung mit der Verpflichtung zu einer mindestens fünfjährigen hausärztlichen Tätigkeit im Emsland.

Durch die Niederlassungsförderung ist es gelungen, dass der Landkreis Emsland sowohl von den Städten und Gemeinden als auch von niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzten in die Suche nach einem geeigneten Praxisnachfolger bzw. die Planung einer Niederlassung einbezogen wird.

IX. Fazit

Die Arbeit in der Gesundheitsregion Emsland zeigt, wie mit Hilfe neuer sektorenübergreifender Strukturen und Netzwerke lokale Versorgung gestaltet werden kann. Der Landkreis als unabhängiger Akteur mit spezifischen Kenntnissen der Region kann aktiv

¹⁸ Siehe hierzu Kraujuttis, NLT 6/2016, S. 237 (238).

Einfluss nehmen auf die Entwicklungsprozesse der gesundheitlichen Infrastruktur. Es zeigt sich ein immer größer werdender Bedarf, die Versorgung auch regional zu denken und Projekte mit Partnern vor Ort umzusetzen. Der Landkreis Emsland nutzt die Chance, die Entwicklung voranzutreiben.

Die zur Gesundheitskonferenz am 24. April 2019 erstellte Broschüre „Gesundheitsregion: Zusammenführen. Erproben. Gestalten“ fasst die aktuellen Beispiele aus dem Landkreis zusammen und enthält Statements zahlreicher Netzwerkpartner in der Gesundheitsregion. Die Broschüre steht online als Download auf der Internetseite des Landkreises bereit.¹⁹

¹⁹ https://www.emsland.de/pdf_files/gesundheit/konferenzen/broschuere-gesundheitsregion-emslan-3171_1.pdf

Diskussionsbericht (4. Teil)

Von Dipl.-Jur. Therese Neuffer

Diskussion im Anschluss an den Vortrag von Frau Dr. Sigrid Kraujuttis (Dezernentin für Soziales, Jugend und Gesundheit, Landkreis Emsland) zu dem Thema „Gesundheitsfürsorge in der Region – ein Werkstattbericht“

Prof. Dr. Bernd J. Hartmann (Universität Osnabrück) stellte im Anschluss an den Vortrag erfreut fest, welche Fülle an Maßnahmen in der Region Emsland bestehe.

Frau Daniela Kösters (Samtgemeindebürgermeisterin, Samtgemeinde Emlichheim) richtete an Frau Dr. Kraujuttis die Frage, ob die vergebenen Stipendien tatsächlich dazu führten, dass sich mehr Hausärzte im Gebiet ansiedelten. Frau Dr. Kraujuttis erläuterte, dass derzeit sieben Studentinnen und Studenten die angesprochene Förderung erhielten. Sie bekämen monatlich 500,00 EUR über den Zeitraum der Regelstudienzeit von 75 Monaten. Bislang habe ein Stipendiat das Studium erfolgreich abgeschlossen. Allerdings ginge die Zahl der Bewerberinnen und Bewerber zurück. Angesichts der langen Studienzeit bestehe bei vielen Studentinnen und Studenten zu Beginn des Studiums noch Unklarheit darüber, ob ihr Ziel der Beruf des Hausarztes sei. Das Stipendium sei aber auf den Beruf des Hausarztes beschränkt, weil sich dort der größte Bedarf zeige. Es handle sich um eine Investition in die Zukunft, bei der sich gegebenenfalls nur kleine Erfolge zeigten. Die Förderung von Famulaturen und Praktischem Jahr im Landkreis gehöre mit in das Paket, das zu einer Niederlassung im Emsland beitragen solle.

Herr Ingo Rabe (Sozialdezernent, Landkreis Ammerland) zeigte sich beeindruckt vom Aufgabenkatalog der Gesundheitsregion des Landkreises Emsland. Er fragte, welche Personalressourcen in diesem Zusammenhang eingebunden seien. Frau Dr. Kraujuttis machte deutlich, dass die Arbeit Produkt eines von der Sache überzeugten Teams sei, was auch dem Selbstverständnis des Gesundheitsamtes entspreche. Als Beteiligte nannte sie unter anderem die Leiterin des Gesundheitsamtes, die gleichzeitig in engem Zusammenwirken mit der Verwaltungsleitung des Gesundheitsamtes die Koordination übernehme, und zehn Ärztinnen und Ärzte in Voll- und Teilzeit, die themenspezifisch ihre Expertise in die Projekte einbringen.

Zum Schluss dankte Herr Prof. Hartmann für eine von offenen, spannenden und engagierten Vorträgen geprägte Tagung.

Teilnehmer

Wissenschaftliche Leitung des Symposiums

Professorin Dr. Pascale **Cancik**
Institut für Kommunalrecht und Verwaltungswissenschaften, Uni Osnabrück

Professor Dr. Bernd J. **Hartmann**, LL.M. (Virginia)
Institut für Kommunalrecht und Verwaltungswissenschaften, Uni Osnabrück

Referenten

Staatssekretär Heiger **Scholz**
Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Professor Dr. Jörn **Ipsen**
Uni Osnabrück, Präsident des Niedersächsischen Staatsgerichtshofs a.D.

Kreisrätin Dr. Sigrid **Kraujuttis**
Landkreis Emsland

Professor Dr. Hubert **Meyer/Ines Henke**
Niedersächsischer Landkreistag

Vorsitzender des Vorstands Bernhard **Ziegler**
Interessenverband kommunaler Krankenhäuser e.V., Berlin

Vorsitzender des Aufsichtsrats Dr. h.c. Fritz **Brickwedde**
Klinikum Osnabrück GmbH

Teilnehmer

Erste Samtgemeinderätin Sonja **Ahrend**
Samtgemeinde Freren

Beigeordneter a.D. Heinrich **Albers**
Sarstedt

Wiss. Mitarbeiterin Ronja **Altehenger**
Institut für Kommunalrecht und Verwaltungswissenschaften, Uni Osnabrück

Erster Stadtrat Marcus **Aukskel**
Stadt Norden

Bürgermeister Tobias **Avermann**
Gemeinde Bad Laer

Erster Samtgemeinderat Bernhard **Beitz**
Samtgemeinde Elbtalaue

Stud. iur. Kathrin **Böhm**
Institut für Kommunalrecht und Verwaltungswissenschaften, Uni Osnabrück

Kaufmännischer Leiter Jörg **Buchloh**
Dörenberg Klinik GmbH

Amtsleiterin Dr. Frieda **Dockx-Reinken**
Gesundheitsamt Stadt Hamm

Professor Dr. Martin **Engelhardt**
Ärztlicher Direktor, Klinikum Osnabrück GmbH

Professor Dr. Joachim **Erdmann**
Niedersächsisches Justizministerium

Juliane **Erdmann**
Hochschule Osnabrück, Master of Arts Management für Gesundheitsversorgung

Erster Kreisrat Ludger **Frische**
Landkreis Cloppenburg

Richter Johannes **Greiser**
Sozialgericht Osnabrück

Wiss. Mitarbeiter Fabian **Henkel**
Institut für Kommunalrecht und Verwaltungswissenschaften, Uni Osnabrück

Wiss. Mitarbeiter Fabian **Hermes**
Institut für Kommunalrecht und Verwaltungswissenschaften, Uni Osnabrück

Sachgebietsleiter Christoph **Höroid**
Landratsamt Kyffhäuserkreis

Dr. med. Wolfgang **Hückelheim**
Gesundheitsamt Kreis Warendorf

Wiss. Mitarbeiter Stefan **Jansen**
Institut für Kommunalrecht und Verwaltungswissenschaften, Uni Osnabrück

Landrätin Anna **Kebschull**
Landkreis Osnabrück

Wiss. Mitarbeiterin Hanna **Kemper**
Institut für Kommunalrecht und Verwaltungswissenschaften, Uni Osnabrück

Fachbereichsleiter Michael **Kirchner**
Samtgemeinde Lathen

Richterin Dr. Stefanie **Klaes**
Sozialgericht Osnabrück

Fachdienstleiter Rolf **Klasing**
Landkreis Diepholz

Kathrin **Klooth**
Landkreis Wolfenbüttel

Stud. iur. Alina **Knaup**
Institut für Kommunalrecht und Verwaltungswissenschaften, Uni Osnabrück

Samtgemeindebürgermeisterin Daniela **Kösters**
Samtgemeinde Emlichheim

Erster Kreisrat Jürgen **Krumböhmer**
Landkreis Lüneburg

Susanne **Küpper**
Institut für Kommunalrecht und Verwaltungswissenschaften, Uni Osnabrück

Fachbereichsleiterin Alexandra **Lösche-Uhlbrock**
Gemeinde Bohmte

Diözesan-Caritasdirektor Franz **Loth**
Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V.

Geschäftsführer Uwe **Lorenz**
Klinikverbund Landkreis Diepholz gGmbH

Fachbereichsleiterin Gitta **Mäulen**
Landkreis Grafschaft Bentheim

Bürgermeister Jörg **Makel**
Gemeinde Nienhagen

Stud. iur. Jana **Marcus**
Institut für Kommunalrecht und Verwaltungswissenschaften, Uni Osnabrück

Stud. iur. Jan **Markgraf**
Institut für Kommunalrecht und Verwaltungswissenschaften, Uni Osnabrück

Wiss. Mitarbeiterin Dr. Georgia **Marfels**
Institut für Kommunalrecht und Verwaltungswissenschaften, Uni Osnabrück

Stud. iur. Simon **Marx**
Institut für Kommunalrecht und Verwaltungswissenschaften, Uni Osnabrück

Stellv. Bürgermeister Klaus **Menke**
Gemeinde Ankum

Geschäftsführer Ralf **Minning**
Wirtschaftsförderung Osnabrück GmbH

Stellv. Bürgermeister Dietmar **Müller**
Stadt Wittmund

Wiss. Mitarbeiterin Therese **Neuffer**
Institut für Kommunalrecht und Verwaltungswissenschaften, Uni Osnabrück

Bürgermeisterin Annette **Niermann**
Stadt Bad Iburg

Stud. iur. Lucas **Palma**
Institut für Kommunalrecht und Verwaltungswissenschaften, Uni Osnabrück

Nicole **Pottharst**
Landkreis Osnabrück

Sozialdezernent Ingo **Rabe**
Landkreis Ammerland

Bürgermeister Klaus **Rehkämper**
Gemeinde Bad Rothenfelde

Erste Kreisrätin Bärbel **Rosensträter**
Landkreis Osnabrück

Ingrid **Rump**
Wirtschaftsförderung, Stadt Norden

Geschäftsführendes Vorstandsmitglied a.D. Dr. Gernot **Schlebusch**
Niedersächsischer Landkreistag

Kreisrätin Ulrike **Tammen**
Landkreis Diepholz

Karsten **Tenbrink**
Gemeinde Rastede

Verwaltungsleiter Dr. Heinz-Ulrich **Thiele**
Landratsamt Kyffhäuserskreis

Bürgermeister Karl **Urban**
Gemeinde Rühren

Referent Jan **Vermöhlen**
Bund der Steuerzahler Niedersachsen und Bremen

Kreisverwaltungsdirektorin Heike **von Ostrowski**
Landkreis Rotenburg (Wümme)

Dr. Anja **Wartmann**
Gesundheitsamt, Stadt Braunschweig

Beigeordneter Jan **Welzel**
Stadt Solingen

Kreisrat Dr. Winfried **Wilkens**
Landkreis Osnabrück

Erster Stadtrat Ulrich **Willems**
Stadt Bramsche

Beteiligungsmanagerin Petra **Wohlfahrt-Kah**
Landratsamt Burgenlandkreis

Gleichstellungsbeauftragte Claudia **Zehrer**
Stadt Rinteln