

NLT-Positionspapier zur Gesundheitsversorgung in Niedersachsen

Landkreise als Garanten eines patientennahen Gesundheitssystems

Die 80. Landkreisversammlung des Niedersächsischen Landkreistages (NLT) hat in Varel, Landkreis Friesland, am 5./6. März 2020 folgendes Positionspapier beschlossen:

Die Rolle der Landkreise und der Region Hannover in der Gesundheitsversorgung

Die Sicherung einer bürgernahen medizinischen Versorgung gehört zu den Kernelementen der öffentlichen Daseinsvorsorge. Das deutsche Gesundheitswesen ist allerdings geprägt von unterschiedlichen Zuständigkeiten, Leistungserbringern, Kostenträgern und Sicherstellungsaufträgen. In diesem sektoralen System spielen die Landkreise, kreisfreien Städte und die Region Hannover eine maßgebliche Rolle.

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.

Vor dem Hintergrund der Beratungen der zum Jahresanfang 2019 vom Niedersächsischen Landtag eingesetzten Enquete-Kommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ (EKmedV) formuliert der Niedersächsische Landkreistag folgende Erwartungen an das Land Niedersachsen und den Bund:

Krankenhäuser

In Niedersachsen gibt es aktuell 172 Krankenhäuser. Den Landkreisen und der Region Hannover obliegt nach dem Niedersächsischen Krankenhausgesetz (NKHG) die Sicherstellung der **Krankenhausversorgung**. Diese Garantienstellung gewinnt wegen des Rückzugs privater und gemeinnütziger Träger angesichts unzureichender finanzieller Rahmenbedingungen durch die Bundesgesetzgebung an Bedeutung. Derzeit befinden sich rund ein Viertel der Krankenhäuser in Niedersachsen in kommunaler Trägerschaft. Darüber hinaus tragen die Landkreise und die Region Hannover nach dem Gesetz vierzig Prozent der Investitionsfördermittel und ein Drittel der pauschalen Fördermittel für die Krankenhäuser. Die kommunale Krankenhausumlage beträgt zurzeit jährlich rund 100 Millionen Euro. Faktisch tragen die Landkreise und die Region Hannover im erheblichen Umfang über die gesetzlichen Vorgaben hinaus zur Krankenhausfinanzierung bei.

Kosten und bürokratische Belastungen

Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes haben die Krankenhäuser zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung Anspruch auf eine leistungsgerechte Finanzierung. Tatsächlich haben die langjährige Deckelung der Kosten durch die Anbindung an die Grundlohnsumme, die unzureichende Finanzierung von Vorhaltekosten, Grund- und Regelleistungen und andere kontraproduktive Auswirkungen der Bundesgesetzgebung dazu geführt, dass unabhängig von ihrer jeweiligen Größe eine Vielzahl niedersächsischer Krankenhäuser bereits heute dramatisch unterfinanziert ist.

Das Krankenhausinvestitionsprogramm in Niedersachsen ist ebenfalls chronisch unterfinanziert. Die dramatische Entwicklung der Baukosten beschleunigt diesen Prozess. Daran ändert auch der zweite Krankenhausstrukturfonds des Bundes nichts. Viele Krankenhäuser müssen Investitionsmaßnahmen aus dem unzureichend finanzierten laufenden Betrieb stemmen. Um die Krankenhausversorgung zukunftsfest aufzustellen, besteht aber in vielen Landkreisen und der Region Hannover ein erheblicher Investitionsbedarf. Derzeit liegen in Niedersachsen Investitionsanträge im Umfang von mehr als zwei Milliarden Euro vor. Dem stehen für die Jahre 2019 bis 2022 einschließlich der Strukturfondsmittel II und der kommunalen Mitfinanzierung lediglich Investitionsmittel in Höhe von einer Milliarde Euro gegenüber.

- **Vordringlich bedarf es einer radikalen Umsteuerung der Bundespolitik mit dem Ziel einer auskömmlichen Finanzierung leistungsfähiger Krankenhausstrukturen.**
- **Die Landkreise und die Region Hannover bekennen sich zu ihrer Mitfinanzierungspflicht im Rahmen des NKHG und fordern das Land Niedersachsen auf, die jährlichen Investitionsmittel für die Einzelförderung deutlich anzuheben und regelmäßig zu dynamisieren.**
- **Zum Abbau des Investitionsstaus und um zeitnah zukunfts feste Strukturen in allen Teilen des Landes zu erreichen, fordern die Landkreise das Land Niedersachsen auf, zusätzlich ein aus Landesmitteln finanziertes Investitionsprogramm in Höhe mindestens einer Milliarde Euro aufzulegen.**

Die vom Bund in den vergangenen Jahren umgesetzten bzw. angestoßenen Gesetzesänderungen führen zu einem erheblichen Anwachsen der bürokratischen Dokumentationspflichten und erhöhten personellen Anforderungen, die auf dem angespannten Arbeitsmarkt nicht zu realisieren sind. Aktuelle Beispiele dafür sind die von einer Misstrauenskultur geprägten erweiterten MDK-Prüfungskompetenzen und die Auswirkungen der neuen Pflegepersonaluntergrenzen. Die finanzielle Schieflage vieler Krankenhäuser in Niedersachsen wird durch eine bundesrechtliche Reglementierungswut maßgeblich mit bedingt.

- **Die Landkreise und die Region Hannover fordern den Bundesgesetzgeber auf, die Krankenhäuser von unnötigen Dokumentations- und Nachweispflichten zu entbinden und keine weiteren bürokratischen Belastungen aufzulegen.**

Planung

Das Land Niedersachsen ist verantwortlich für die Krankenhausplanung. Die Landkreise und die Region Hannover unterstützen aktiv Diskussionen über die regionale und strukturelle Neuordnung der Krankenhausplanung. Sie tragen schwierige Entscheidungen mit. Erhalten, stärken und weiterentwickeln von Standorten mit Versorgungsdefiziten bilden wesentliche Elemente der Strukturentwicklung. Dazu gehört auch der Abbau von nicht bedarfsnotwendigen Kapazitäten, Standortzusammenführungen und im Einzelfall auch Standortschließungen. Tatsächlich scheitern Strukturveränderungen oftmals an fehlenden Kapazitäten im ambulanten Sektor (z. B. Fachärzte).

Die im Niedersächsischen Krankenhausgesetz verankerten Planungsgrundsätze werden den gesetzlichen Anforderungen nicht mehr gerecht. Die Krankenhausplanung muss nach mehr als drei Jahrzehnten dringend weiterentwickelt werden.

- **Bewährte Grundsätze der Krankenhausplanung wie eine gesicherte Qualität, nachvollziehbare Kriterien zur Sicherung der Leistungsfähigkeit, Erreichbarkeit für die Patienten, Wahlfreiheit der Versicherten und Trägervielfalt sind zu erhalten.**
- **Neben der Summe der in der Vergangenheit abgerechneten stationären Krankenhausleistungen müssen demografische und morbiditätsorientierte Faktoren einbezogen werden.**
- **Bei der Festlegung des Einzugsgebietes eines antragstellenden Krankenhauses sind die traditionellen Versorgungsgebiete zu hinterfragen und unter Berücksichtigung der tatsächlichen Patientenströme neu auszurichten.**
- **Versorgungsstufen und Erreichbarkeiten müssen transparent und nachvollziehbar nach einheitlichen Kriterien bestimmt werden.**
- **Eine patientennahe und qualitativ hochwertige Versorgung muss auch in ländlichen Räumen gesichert bleiben.**
- **Die politisch diskutierte Gründung von Versorgungs- oder Gesundheitszentren muss unter gesetzlicher Anpassung der Rahmenbedingungen für eine sektorenübergreifende Versorgung modellhaft erprobt werden.**

Rettungsdienst/Notfallversorgung

Die Landkreise und die Region Hannover sind nach dem Niedersächsischen Rettungsdienstgesetz (NRettDG) im eigenen kommunalen Wirkungskreis **Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes** und stellen in dieser Verantwortung rund um die Uhr sicher, dass lebensbedrohlich Verletzte oder Erkrankte unverzüglich an jedem beliebigen Ort in Niedersachsen in kürzester Zeit gerettet, medizinisch versorgt und wenn nötig in ein Krankenhaus transportiert werden. Neben der Notfallrettung sind sie zuständig für die notwendigen Intensivtransporte und organisieren die qualifizierten Krankentransporte.

Gefahr aus Berlin: BMG macht den Rettungsdienst zum Notfallpatienten

Der Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) vom 8. Januar 2020 zur Reform der Notfallversorgung würde die kommunale Zuständigkeit für den Rettungsdienst in Niedersachsen faktisch beseitigen, dem System Finanzmittel in Höhe mehrerer Hundert Millionen Euro entziehen und verfolgt gefährliche und unnötige Reformen am grundsätzlich gut und stabil funktionierenden kommunalen Rettungsdienst.

Der Rettungsdienst gehört als integrierter Teil der Gefahrenabwehr gem. Art. 30 und 70 des Grundgesetzes zu den Kernkompetenzen der Länder. Mit dem aktuellen Entwurf greift der Bund jedoch weit in die Kernregelungen der Landesrettungsdienstgesetze ein. Dies ist verfassungswidrig, beschneidet die seit 1992 in Niedersachsen sinnvoll genutzten Kompetenzen des Landes und würde den Rettungsdienst als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises der Landkreise und der Region Hannover faktisch beenden.

Die Krankenkassen haben bereits heute Beteiligungsrechte beim Bedarfsplan. Die Letztentscheidung über die Standorte von Rettungswachen und über die einzusetzenden Rettungsmittel trifft aber der direkt gewählte und dafür politisch verantwortliche Kreistag als Träger des Rettungsdienstes.

- **Der Bund muss sich bei der Reform der Notfallversorgung im Rahmen seiner verfassungsrechtlichen Zuständigkeit für das Recht der Sozialversicherung bewegen und vorrangig die seit Jahren bestehenden Probleme in der ambulanten Notfallversorgung lösen. Der Rettungsdienst muss fachlich integraler Bestandteil des Gefahrenabwehrrechts der Länder bleiben.**
- **Bundesweite Vorgaben für die Standorte von Rettungswachen, ein Bestimmungsrecht des ohne kommunale Mitwirkung agierenden Gemeinsamen Bundesausschuss im Rettungsdienst und zentralistische bundesweite Vorgaben zur Steuerung von Rettungswagen lehnen die Landkreise und die Region Hannover strikt ab.**

Kosten

Seit 1992 tragen die gesetzlichen Krankenkassen die Gesamtkosten des wirtschaftlich arbeitenden Rettungsdienstes. Künftig sollen die Krankenkassen nur noch betriebskostenbezogene einheitliche Pauschalen bezahlen. Die Länder sollen zuständig für die Finanzierung der Vorhalte- und Investitionskosten des Rettungsdienstes sein – wohl mehrere Hundert Millionen Euro pro Jahr. Zudem droht mit einer Deckelung der Kosten an die

Grundlohnsammenentwicklung die gleiche chronische Unterfinanzierung wie z.B. in der ambulanten Pflege.

- **Die Landkreise und die Region Hannover lehnen jede Änderung an der Finanzierung des Rettungsdienstes strikt ab; Leistungen der Notfallrettung können nicht künstlich in Betriebs- und Vorhaltekosten aufgespalten werden, sondern die Patienten haben Anspruch auf umfassende rettungsdienstliche Leistungen.**

Großschadensereignisse

Im Niedersächsischen Rettungsdienstgesetz ist klargestellt, dass die Vorbereitung und Bewältigung von Großschadensereignissen Bestandteil des Rettungsdienstes ist. Die Großschadensereignisse will der Bund nun explizit aus dem Rettungsdienst ausgliedern, damit ihn die Krankenkassen nicht mehr finanzieren müssen.

- **Die Vorbereitung auf Großschadensereignisse wie Schul- und Seniorenbusunfälle, Zugunglücke, Brände in Wohnanlagen oder Unglücke bei Festivals muss integrierter Teil des Rettungsdienstes bleiben.**

Gemeinsame Notfalleitstellen (GNL)

Der Bund will über umfangreiche und sehr technische Regelungen eine Zusammenarbeit der Disposition der Rufnummern 112 und 116117 in künftigen Gemeinsamen Notfalleitstellen (GNL) erreichen, die allerdings nur virtuell und mit noch nicht existierenden Softwareverfahren zusammenarbeiten sollen. Dabei wird auf die wichtigen Aufgaben der kommunalen Rettungsleitstellen zu wenig Rücksicht genommen.

- **Grundsätzlich ist eine Disposition des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes als Option durch den Träger der Leitstelle zu begrüßen. Die Leitstellen dürfen aber nicht zu Problemlösern für Serviceprobleme des Gesundheitssystems werden, sondern müssen Einrichtungen der Notfallversorgung bleiben.**

Integrierte Notfallzentren (INZ)

Der Gesetzentwurf des BMG sieht die verpflichtende Gründung von Integrierten Notfallzentren (INZ) vor, die als Verwaltungskonstrukt sui generis unter Federführung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) künftig verpflichtend von den Krankenhäusern und den KV betrieben werden sollen. Bestehende Portalpraxen usw. sollen zwingend integriert werden.

- **Die verpflichtende Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit den KV in der un- ausgegorenen Konstruktion des INZ und die damit verbundene Schwächung der Strukturen der Notfallversorgung an den Krankenhäusern in den ländlichen Räumen lehnt der NLT ab. Dem Patientenwohl nicht dienlich und ethisch abzulehnen ist auch, wenn Krankenhäuser, die außerhalb eines INZ Notfallpatienten behandeln, dafür mit 50prozentigen Abschlägen bestraft werden sollen.**

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Als Behörde des **öffentlichen Gesundheitsdienstes** nach dem Niedersächsischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) nehmen die Landkreise und die Region Hannover vielfältige Aufgaben im Bereich des Infektions- und Strahlenschutzes, der Prävention und Gesundheitsförderung, der Kinder- und Jugendgesundheit, des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes sowie Untersuchungen und Begutachtungen wahr.

Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ist die Förderung und der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung. Er behandelt im Grundsatz keine Patienten, sondern wirkt auf die Stärkung der Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger hin, indem er präventiv und gruppenbezogen im Sinne der Bevölkerungsmedizin arbeitet. Er ist gemeinwohlorientiert, multiprofessionell und frei von kommerziellen Interessen tätig. Der ÖGD zeichnet sich durch seine Bürgernähe und Einbindung in die kommunalen Strukturen mit vielfältigen Arbeitsbeziehungen zu anderen Behörden und Einrichtungen aus. Seine Unabhängigkeit ermöglicht auch Zugang zu Zielgruppen und Lebenswelten, die ansonsten durch die Angebote des Gesundheitswesens nicht erreicht werden.

Der ÖGD wird über Gebühren und öffentliche Gelder finanziert. Die Kreisebene in Niedersachsen wendet aus eigenen Mitteln deutlich über 100 Millionen Euro für die Arbeit des ÖGD auf. Diese letztlich steuerfinanzierte Dimension der Unterstützung unterstreicht nicht nur die erhebliche Bedeutung des ÖGD im Gesundheitswesen. Dieses kommunale Engagement realisiert vielmehr im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung auch erhebliche Einsparpotentiale, die ansonsten durch eine kostenintensive kurative Medizin geleistet werden müssten.

Ein aktuelles Beispiel für die stetig zunehmenden Aufgaben in Niedersachsen bilden die oftmals beim ÖGD angesiedelten Gesundheitsregionen. Diese haben sich vor Ort als maßgebliche Plattformen etabliert, um innovative Projekte zu initiieren und sektorenübergreifend den Informationsaustausch aller relevanten Akteure des Gesundheitswesens zu gewährleisten.

- **Überlegungen, den ÖGD in die Erfüllung der Aufgaben der ambulanten medizinischen Versorgung einzubinden, verkennen dessen Aufgaben; ihnen ist angesichts des Fachkräftemangels eine klare Absage zu erteilen.**
- **Dem ÖGD muss zur Sicherung qualifizierten Nachwuchses in der medizinischen Ausbildung ein anderer, seiner Bedeutung gerecht werdender Stellenwert eingeräumt werden; das Land Niedersachsen ist aufgefordert, eine entsprechende Bundesratsinitiative zu ergreifen.**
- **Das Land Niedersachsen muss die bisher symbolische finanzielle Förderung der Gesundheitsregionen als Ankerpunkte einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der medizinischen Professionen im weitesten Sinne erheblich ausweiten und verstetigen.**

Ambulante ärztliche Versorgung

Im Bereich der **ambulanten medizinischen Versorgung** haben die Landkreise und die Region Hannover keine eigene gesetzliche Verantwortung. Der Sicherstellungsauftrag obliegt nach dem SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung.

In der ambulanten Versorgung klaffen aber Anspruch und Wirklichkeit seit Jahren dramatisch auseinander. Insbesondere in ländlichen Räumen gelingt es der Kassenärztlichen Vereinigung trotz einer statistisch hohen „Medizinerdichte“ in Deutschland nicht, alle freiwerdenden Arztsitze (zeitnah) wieder zu besetzen. Auf Grundlage der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses stellt die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) den Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung auf und schreibt diesen fort. Derzeit sind bereits rund 380 Hausarztsitze unbesetzt. Nach den Erhebungen der KVN droht in naher Zukunft in vielen Gebieten des Landes eine zum Teil erhebliche Unterversorgung.

Die besorgten Einwohnerinnen und Einwohner kennen jedoch die Kassenärztliche Vereinigung als verantwortlichen Ansprechpartner nicht, sondern wenden sich hilfeschend an ihre örtliche Gemeinde-, Kreis- oder Regionsverwaltung und die Kommunalpolitik. Faktisch werden die Landkreise, die Region Hannover und ihre kreis- und regionsangehörigen Gemeinden dadurch in die Verantwortung für die ärztliche Versorgung vor Ort gedrängt, obwohl sie in diesem Bereich weder über entsprechendes ärztliches Personal verfügen noch Steuerungs- oder Einflussmöglichkeiten besitzen.

Aus der Not vor Ort hat sich ein bunter Strauß administrativer und finanzieller Hilfestellungen der Kommunen herausgebildet. Als Beispiele für die Kreisebene seien Berufsnetzwerke für Abiturienten, Stipendien oder unmittelbare finanzielle Hilfen bei der Niederlassung genannt.

- **Vorrangig steht die für den Sicherstellungsauftrag verantwortliche Kassenärztliche Vereinigung in der Verantwortung und erhält dafür von den Krankenkassen die finanziellen Mittel; die Bedarfsplanungen müssen stärker die reale Situation vor Ort abbilden.**
- **Bund und Land müssen die Rahmenbedingungen für gleichwertige, bürger-nahe ambulante Versorgung schaffen; dazu zählen eine Landarztquote für Medizinstudenten und der Verzicht auf demotivierende bürokratische Belastungen für niedergelassene Ärzte.**
- **Krankenhäuser und medizinischen Versorgungszentren wird eine zunehmende Verantwortung auch für eine sektorenübergreifende, den ambulanten Bereich mit umfassende Versorgung beigemessen; der Bund muss die organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen für eine geänderte Versorgungsstruktur schaffen.**
- **Die Kommunen erwarten eine ihrer gewandelten Verantwortung gerecht werdende Beteiligung an den Steuerungsprozessen in der ambulanten medizinischen Versorgung.**