

Schriften zum deutschen und europäischen Kommunalrecht

Herausgegeben von
Professor Dr. Dr. h.c. Eberhard Schmidt-Aßmann
und Professor Dr. Friedrich Schoch

HENNEKE (Hrsg.)

Kommunale Verantwortung für Gesundheit und Pflege

Kommunale Verantwortung für Gesundheit und Pflege

Professorengespräch 2012
des Deutschen Landkreistages
am 5./6. 3. 2012 in Reutlingen

Herausgegeben von

Prof. Dr. Hans-Günter Henneke

Geschäftsführendes Präsidialmitglied
des Deutschen Landkreistages, Berlin

Honorarprofessor an der Universität Osnabrück



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek | Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über www.dnb.de abrufbar.

ISBN 978-3-415-04865-2

E - ISBN 978-3-415-05057-0

© 2012 Richard Boorberg Verlag

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlages. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Thomas Schäfer, www.schaefer-buchsatz.de | Druck und Bindung: Kessler Druck + Medien GmbH & Co. KG, Michael-Schäffer-Straße 1, 86399 Bobingen

Richard Boorberg Verlag GmbH & Co KG | Scharnstraße 2 | 70563 Stuttgart
Stuttgart | München | Hannover | Berlin | Weimar | Dresden
www.boorberg.de

Vorwort

Fragen der Aufrechterhaltbarkeit einer hochwertigen Gesundheitsversorgung für alle Kreise der Bevölkerung in allen Gebieten Deutschlands werden im Zeichen des demografischen Wandels immer häufiger gestellt. Auch im Pflegesektor stellen sich angesichts einer alternden Bevölkerung verstärkte und besondere Herausforderungen. Die Regelungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheits- und im Pflegebereich unterscheiden sich untereinander ganz erheblich. Beide Materien eint aber, dass ein funktionierendes Gesundheits- und Pflegewesen einen ganz zentralen Faktor im Zusammenleben der Menschen in der örtlichen Gemeinschaft bildet. Daher stellt sich insbesondere die Frage nach der gegenwärtigen und künftigen Verantwortung der Kommunen für Gesundheit und Pflege.

Der Deutsche Landkreistag hat deshalb sein Professorengespräch 2012 der Ausleuchtung der kommunalen Verantwortung für Gesundheit und Pflege gewidmet. Ausrichter war in diesem Jahr Landrat Thomas Reumann im Landratsamt Reutlingen, der Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Deutschen Landkreistages ist und auch die inhaltliche Einführung in die Thematik übernommen hat. Nach 2002 fand damit bereits zum zweiten Mal ein DLT-Professorengespräch im Landkreis Reutlingen statt.

In die Gesprächsleitung hat sich in diesem Jahr neben Friedrich Schoch erstmals Martin Burgi mit eingebracht. Den Vorgenannten wie allen am Gespräch Mitwirkenden gilt auch an dieser Stelle unser ganz besonderer Dank.

Berlin, 26. Mai 2012

Hans-Günter Henneke

Geleitwort

Die großen Herausforderungen des demographischen Wandels für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Menschen können nur gemeistert werden durch gemeinsame Initiativen vor Ort, mit dem Willen zu Zusammenarbeit und Kooperation, mit Vernetzung und dezentraler Steuerung. Deshalb danke ich dem Deutschen Landkreistag, dass er in seinem diesjährigen Professorengespräch die Rahmenbedingungen einer hochwertigen und wohnortnahmen Gesundheitsversorgung und die kommunale Mitverantwortung in den Mittelpunkt gestellt hat. Für eine auch in Zukunft wohnortnahe flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung brauchen wir das Miteinander aller Akteure im Gesundheitswesen. Wir brauchen ein „Ja“ zur Verantwortung auf allen Ebenen des Gesundheitssystems.

Deshalb führt die Gesundheitspolitik der letzten Jahre auch immer mehr weg von starren Vorgaben hin zu flexiblen, wettbewerblichen und innovativen Ansätzen und ermöglicht allen Akteuren vor Ort mehr Flexibilität und mehr Gestaltungsfreiraume. Denn mehr Verantwortung auf regionaler Ebene, mehr Wettbewerb und wettbewerbliche Anreize sind am besten geeignet, das Handeln aller Akteure im Gesundheitswesen auf mehr Wirtschaftlichkeit und auf eine bessere Versorgung auszurichten.

Mehr Flexibilität, mehr Spielraum, mehr Gestaltungsfreiheit waren deshalb auch Leitlinien des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes, das zu Beginn des Jahres in Kraft getreten ist. Durch ein ganzes Bündel von Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen beugen wir einem drohenden Ärztemangel in strukturschwachen Regionen vor und schaffen in ganz Deutschland die Voraussetzungen für eine wohnortnahe bedarfsgerechte Versorgung auch in Zukunft.

In der ambulanten Versorgung wird die bisher viel zu starre Bedarfsplanung flexibler ausgestaltet. Die Länder erhalten mehr Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte als bisher. Die Sicherstellungsinstrumente werden ausgebaut und durch weitere gezielte finanzielle Fördermaßnahmen ergänzt. Beispielsweise können die Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Einrichtung von Strukturfonds Niederlassungen gezielt fördern, flexible Versorgungskonzepte werden erleichtert und Kommunen erhalten die Möglichkeit, mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung ärztliche Praxen als Eigeneinrichtungen zu betreiben. Darüber hinaus ist im Entwurf zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz die Förderung und Unterstützung der strukturierten Kooperation von Ärzten, Psychotherapeuten, Pfle-

gekräften und Heimleitungen vorgesehen, um die medizinische Betreuung von Menschen in Pflegeeinrichtungen heute und zukünftig zu sichern und zu verbessern. So kann die regionale Versorgung nach den jeweiligen Gegebenheiten gestaltet werden.

Das vertragsärztliche Vergütungssystem wird stärker regionalisiert und flexibilisiert, um den gewachsenen Versorgungsstrukturen vor Ort besser Rechnung zu tragen. Neue Anreize im Vergütungssystem dienen dazu, dass sich Ärztinnen und Ärzte in schlecht versorgten Gebieten niederlassen. Zudem können regionale Preiszuschläge insbesondere für besonders förderwürdige Leistungen oder Leistungserbringer, die in den genannten Gebieten tätig sind, vereinbart werden. Der Grad der Pauschalierung der EBM-Vergütungen wird zurückgeführt, damit förderungswürdige Einzelleistungen und Leistungskomplexe berücksichtigt werden können. Zur Förderung vernetzter Versorgungsstrukturen erhalten Kassenärztliche Vereinigungen die Möglichkeit, ärztliche Kooperationen, wie z. B. vernetzte Praxen, besonders zu unterstützen.

Um noch bestehende Schranken zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden, wird schrittweise ein neuer eigenständiger Versorgungsbereich – die ambulante spezialfachärztliche Versorgung – eingeführt. Dieser Versorgungsbereich umfasst schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und hoch spezialisierte Leistungen. Einzelne Erkrankungen und Leistungen werden gesetzlich vorgegeben. Die Konkretisierung und Ergänzung erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Für alle Leistungserbringer werden die jeweils medizinisch-inhaltlichen Anforderungen sowie besondere Maßnahmen zur Qualitätssicherung einheitlich festgelegt. Grundsätzlich besteht freier Zugang für Leistungserbringer, wenn die Erfüllung der jeweils festgelegten Anforderungen nachgewiesen werden kann.

Um darüber hinaus die ambulante ärztliche Tätigkeit, speziell im hausärztlichen Bereich attraktiver zu gestalten, müssen Maßnahmen bereits bei der Ausbildung der Medizinstudenten ansetzen. Die Medizinstudierenden sollen bereits frühzeitig an die hausärztliche Versorgung, an die herausragende Bedeutung der Arbeit der Hausärztinnen und Hausärzte herangeführt werden. Parallel zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat das BMG deshalb die Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vorgelegt, die u. a. Maßnahmen zur weiteren Stärkung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Ausbildung enthält.

Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen bieten allen an der Gesundheitsversorgung Beteiligten eine Fülle von Möglichkeiten zur gezielten Ausgestaltung und Weiterentwicklung einer an den örtlichen

Gegebenheiten und Bedürfnissen orientierten medizinischen und pflegerischen Versorgung. Diese Optionen gilt es nun zu nutzen, wie es z. B. in Baden-Württemberg bereits geschieht: So hat vor Kurzem im Rahmen eines Gesundheitskongresses des Landkreistages Baden-Württemberg eine Vielzahl gesundheitspolitischer Organisationen und Verbände des Landes beschlossen, die regionale Gesundheitsversorgung gemeinsam zu gestalten. Das ist der richtige Weg. Ich hoffe, diese Initiative findet bundesweit viele Nachahmer!

Annette Widmann-Mauz, MdB
Parlamentarische Staatssekretärin
Bundesministerium für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

Erster Abschnitt: Gesundheit	13
<i>Thomas Reumann</i>	
Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz – Sicherstellung der medizinischen Versorgung in strukturschwachen Gebieten	15
<i>Martin Burgi</i>	
Kompetenzverteilung zwischen Bund, Ländern, Kommunen und Sozialverwaltungsträgern im Gesundheitssektor	28
<i>Peter Udsching</i>	
Kommunale Aufgabenwahrnehmung in den Bereichen Gesundheit und Pflege aus sozialrechtlicher Sicht	48
Zweiter Abschnitt: Pflege	67
<i>Christian Waldhoff</i>	
Kompetenzverteilung und Finanzierungsverantwortung zwischen Bund, Ländern, Kommunen und Sozialverwaltungsträgern im Bereich der Pflege	69
<i>Irene Vorholz</i>	
Spezifische Probleme kommunaler Trägerstrukturen in Pflege, Rehabilitation und Prävention	86
Dritter Abschnitt: Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse	103
<i>Stephan Rixen</i>	
EU-Beihilferecht und Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse	105
Vierter Abschnitt: Diskussion	129
<i>Hans-Günter Henneke</i>	
Kommunales Gestaltungs- und Mitwirkungspotenzial besser nutzen	131

Inhaltsverzeichnis

Fünfter Abschnitt: Fazit	153
<i>Friedrich Schoch</i>	
Gesprächsfazit: Kommunale Gesundheits- und Pflegekompetenzen	155
 Anhang	177
Unterstützung und Hilfe im Alter – Themenpapier des Deutschen Landkreistages	179
 Teilnehmer am Professorengespräch	185

Erster Abschnitt

Gesundheit

Thomas Reumann

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz – Sicherstellung der medizinischen Versorgung in strukturschwachen Gebieten

I. Herausforderungen

Das Gesundheitssystem in Deutschland steht vor immensen Herausforderungen. Stichwörter sind die demografische Entwicklung, die Zunahme von chronischen und Mehrfacherkrankungen in einer immer älter werdenden Gesellschaft, ein zunehmender Fachkräftemangel, der unverändert fortschreitende Strukturwandel im ländlichen Raum und bei allem die Frage, wie unser Gesundheitssystem überhaupt finanziert bleiben kann.

Auf der anderen Seite ist eine funktionierende medizinische Versorgung für die Landkreise, Städte und Gemeinden Teil der Daseinsvorsorge und zudem ein wichtiger Wirtschafts- und Standortfaktor sowie von erheblicher strukturpolitischer Bedeutung. Baden-Württemberg ist dabei keine Insel der Seligen, wie sich aus Folgendem ergibt:

Der Stand der gesundheitlichen Versorgung ist in Baden-Württemberg statistisch gesehen nach wie vor gut. Nur hilft dieser statistische Befund nicht weiter, wenn im ländlichen Raum schon heute spürbare Versorgungsgapse bei der hausärztlichen Versorgung zu verzeichnen sind und sich – bei ungebremster Entwicklung – schon in den nächsten Jahren besorgniserregende Versorgungslücken auftun werden.

Konkret heißt dies: Wenn der Anteil der 60 Jahre alten und älteren Hausärzte bereits heute in neun baden-württembergischen Landkreisen die 25 %-Schwelle teils sehr deutlich überschritten hat, dann sprechen die Zahlen für sich.

Zudem hat auch die Gesundheitsversorgung längst eine ökonomische Dimension erreicht und muss im Gesamtkontext einer Volkswirtschaft gesehen werden:

Wenige Zahlen machen die Problemstellung deutlich:

Im Jahr 2008 haben rund 51 Mio. Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung die Beiträge für Ausgaben der Gesundheitsvorsorge in Höhe von 160 Mrd. Euro aufgebracht.

Im Jahr 2060 müssen nach einer Hochrechnung des Fritz-Beske-Institutes für Gesundheits-System-Forschung rd. 40 Mio. Mitglieder (das sind 11 Mio. Mitglieder weniger!) 308 Mrd. Euro mehr aufbringen, d. h., die Beiträge für die Ausgaben würden auf 468 Mrd. Euro steigen. Der stärkste Kostentreiber ist dabei der medizinische Fortschritt.

Die Ökonomisierung der Medizin ist also weder Fluch noch Segen, sondern eine schlichte Notwendigkeit. Und das heißt: Wir können das nicht aussitzen. Wir brauchen deshalb einen Strategiewechsel im Umgang mit den begrenzten Ressourcen.

Wie den Herausforderungen an unser Gesundheitssystem zu begegnen ist, hat der Sachverständigenrat zu Gesundheitsfragen im Titel eines Gutachtens auf den Punkt gebracht: „durch Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung“.

Einigkeit besteht darüber, dass unsere weit entwickelte medizinische Versorgung hohe Ewartungen geweckt hat und dabei haben wir bisher viel zu wenig Energie, Ideen, aber auch Geld in andere und innovative Lösungsansätze wie Gesundheitsförderung und Prävention investiert. Es geht deshalb darum, ganzheitlich ökonomisch und sektorenübergreifend zu planen und damit vernetzt zu denken.

Konkret heißt dies: Wir sprechen nicht nur über „das Segment Krankenhaus“ und „das Segment ambulante Versorgung“, über Pflege und Prävention, sondern wir sprechen über weit gespannte Versorgungsnetze, die zumindest im ländlichen Raum bis hin zur Grundversorgung auch mit Arzneimitteln gehen.

Ein Gesundheitswesen aber, das auf Koordination, Integration und Vernetzung setzt, muss sich von der „Top-Down-Steuerung“ verabschieden, wie sie für das deutsche Gesundheitssystem bislang prägend ist. Nur eine dezentralisierte, regionalisierte Gesundheitsversorgung vermag die notwendigen Koordinations- und Integrationsleistungen hervorzubringen, um den regional differenzierten Wandel der Versorgungs- und Morbiditätsstrukturen zu bewältigen. Das heißt aber nichts anderes, als dass die Gesundheitsakteure vor Ort, in den Kommunen und speziell in den Landkreisen zwingend in die Versorgungsplanung einbezogen werden müssen. Sie sind die „Experten“, wenn es um die Bedürfnisse vor Ort geht und um passgenaue Lösungen.

Landkreise, Städte und Gemeinden sind vielfach Träger von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, die Landratsämter sind zudem als untere Gesundheitsbehörde zuständig. Die Kommunen und die Gesundheitsakteure vor Ort sind also schon heute unmittelbar in die regionale Gesundheitsversorgung eingebunden, die einen Schwerpunkt immer

mehr im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung setzen wird und muss.

Die Chancen einer stärker regionalisierten Gesundheitsversorgung liegen auf der Hand: größere Problemnahe und erhöhte Flexibilität bei gleichzeitig höherer Koordinationsfähigkeit.

II. GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Zweifellos steht die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahmen medizinischen Versorgung der Bevölkerung auch im Mittelpunkt des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes, das nach einem straff durchgeführten Gesetzgebungsverfahren am 1. Januar d. J. in Kraft getreten ist und das Zentrum meiner Ausführungen bilden wird.

1. Regelungselemente

Dennoch können die übrigen Regelungsaspekte des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes nicht ganz ausgespart bleiben. Dies verbietet sich schon deshalb, weil sich die einzelnen Schwerpunktbereiche des Gesetzeswerkes vielfach wie kommunizierende Röhren zueinander verhalten. Deshalb soll zunächst kurSORisch dargestellt werden, wo das in Rede stehende Gesetz neben der Sicherstellung der medizinischen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum weitere Akzente setzt:

Zunächst ist die Reform des vertragsärztlichen und des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems zu nennen. Dabei geht es nicht um eine reine Binnenangelegenheit der Ärzte und Zahnärzte. Vielmehr kommt der Honorarverteilung ein hohes Maß an Versorgungsrelevanz zu. Denn die Vergütungsmodalitäten entscheiden mit darüber, wo, in welchem Umfang und mit welcher Qualität Gesundheitsleistungen erbracht werden.

Vor diesem Hintergrund ist es zumindest fraglich, ob es zielführend ist, wenn die Honorarverteilung künftig allein in den Händen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen liegt und die Krankenkassen nur über eine Benehmensregelung eingebunden sind. Die Befürchtung, dass sich die Honorarverteilung eher an den Partikularinteressen der Ärzte orientieren wird als an dem übergeordneten Anliegen einer auskömmlichen medizinischen Versorgung, ist zumindest nicht von der Hand zu weisen.

Hinsichtlich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung stellt sich die Frage, ob der Gesetzgeber die Zeichen der Zeit wirklich erkannt hat. Denn an sich besteht Einigkeit darüber, dass die künstliche Sektoren-grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwunden werden muss, die beiden Leistungssektoren mithin stärker verzahnt werden müssen. Im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung hätte man einen beherzten Einstieg in die sektorenübergreifende Versor-gung erreichen können, indem man Vertragsärzte und Krankenhäuser gleichermaßen nach dem Grundsatz „wer kann, der darf“ für dieses Ver-sorgungssegment zulässt. Der Gesetzgeber ist diesem Modell bekanntlich nicht konsequent nähergetreten, sondern hat im Gegenteil das Spektrum der ambulanten spezialärztlichen Versorgung gegenüber dem bisherigen Rechtszustand eingeschränkt.

So gehören Leistungen aus dem Bereich der Erkrankungen mit besonde-rem Krankheitsverläufen künftig nur noch bei „schweren Verlaufsformen“ zur spezialfachärztlichen Versorgung.

Diese Mutlosigkeit beim Einreißen der Sektoren-grenzen wird sich zumindest mittel- bis langfristig negativ auf die Versorgungssicherheit und insbesondere auf die Sicherstellung der medizinischen Versorgung struktur-schwacher Räume auswirken. Denn es werden künftig mehr noch als heute die ärztlichen Ressourcen fehlen, die sich speziell an der Sektoren-grenze durch Synergien sowie den Abbau von Doppelstrukturen einspannen lassen.

Ein weiterer Regelungskomplex, den es anzusprechen gilt, betrifft die Medizinischen Versorgungszentren. Medizinische Versorgungszentren dürfen nur noch in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer GmbH oder einer eingetragenen Genossenschaft gegründet werden. Der ärztliche Leiter muss zwingend auch im Medizinischen Versorgungszentrum ärztlich tätig sein. Schließlich räumt das GKV-Versorgungsstruktur-gesetz freiberuflich tätigen Ärzten im Rahmen von Praxisnachbesetzungs-verfahren einen Vorrang gegenüber Medizinischen Versorgungszentren in nicht ärztlicher Trägerschaft ein.

Wir waren im Gesetzgebungsverfahren aus Sicht der Krankenhäuser wesentlich besser unterwegs und müssen feststellen, dass wir hier auf der Zielgeraden verloren haben. Dies ist zu bedauern, denn das Medizinische Versorgungszentrum entspricht in vielerlei Hinsicht den Bedürfnissen der jüngeren Ärztegeneration, was die Feminisierung des Ärzteberufes, die verstärkte Teilzeitarbeit, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Work-Life-Balance angeht, alles wichtige Streiflichter des sich wandelnden Arztbil-des aufgrund unterschiedlicher Lebensentwürfe, auf die das Medizinische Versorgungszentrum eine Antwort sein kann.

Auch hier tritt der Bezug zur Sicherstellung der flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahmen medizinischen Versorgung offen zutage: Indem die Gründung und der Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren erschwert werden, wird eines der Instrumente beeinträchtigt, auf das in der Praxis, vor Ort zurückgegriffen werden muss, wenn sich Lücken in der ärztlichen Versorgung auftun.

2. Medizinische Versorgung in strukturschwachen Gebieten

Die im GKV-Versorgungsstrukturgesetz angesprochenen Inhalte ließen sich beliebig fortführen, es gilt aber, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung speziell in strukturschwachen ländlichen Räumen im Blick zu behalten.

Einen besonderen Stellenwert im Hinblick auf die Gewährleistung der medizinischen Versorgung misst das GKV-Versorgungsstrukturgesetz richtigerweise der Reform der Bedarfsplanung bei. Die bisherige Bedarfsplanung orientierte sich an starren historischen Einwohner-Arzt-Relationen. Bedarfsbeeinflussende Indikatoren wie Demografie, Morbidität und soziodemografische Merkmale (Sozialstruktur, räumliche Ordnung wie Entfernung und Erreichbarkeit und vorhandene Versorgungsstrukturen) wurden nicht berücksichtigt. Künftig müssen die Planungsbereiche nicht mehr wie bislang den Stadt- und Landkreisen entsprechen. Vielmehr ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss aufgegeben worden, die regionalen Planungsbereiche mit Wirkung zum 1. Januar 2013 so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird. Im Ergebnis werden der Bedarfsplanung in Zukunft kleinräumigere Planungsbereiche zugrunde liegen.

Hinzu kommt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erforderlichenfalls auch von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses abweichen können. Sie sind insbesondere befugt, abweichende Abgrenzungen der Planungsbereiche vorzunehmen oder abweichende Verhältniszahlen für den bedarfsgerechten Versorgungsgrad festzulegen. An dieser Stelle hat der Gesetzgeber die Tür in Richtung einer regionalisierten Gesundheitsversorgung zumindest ein Stück weit geöffnet. Dem entspricht im Weiteren, dass das Instrument der Sonderbedarfzulassung zum Zweck der Feinsteuerung der Versorgungssituation durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ertüchtigt werden soll.

Aus Sicht der Landkreise bieten diese Neuerungen der Bedarfsplanung eine Chance dafür, dass in Zukunft die besonderen örtlichen Verhältnisse und Betroffenheiten stärker berücksichtigt werden als bislang. Aktuell stehen unterschiedliche Konzepte zur Diskussion. So wird erörtert, ob anstelle der Landkreise Verwaltungsgemeinschaften mit 4.000 bis 5.000 Einwohnern als Bezugsgröße festgelegt werden sollen. Ich halte es für falsch, die eine Festlegung (Landkreise) durch die andere Festlegung (Verwaltungsgemeinschaften) zu ersetzen.

Um das Instrument richtig anwenden zu können, müssen die Landkreise die Bedarfsplanung freilich auch stärker zum eigenen Thema machen. Sie müssen das Anhörungsrecht, das sie bei der Bedarfsplanung schon heute haben, aktiv nutzen. Es sollte deshalb das Ziel der Landkreise sein, auf Ebene ihrer Gesundheitskonferenzen eigene Beiträge zur Bedarfsplanung zu entwickeln, die dann in den eigentlichen Bedarfsplanungsprozess einfließen müssen.

Weiter reichende Veränderungen werden vom Zusammenspiel zwischen zentralen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses und Entscheidungen in regionalen Gremien abhängen. Aber letztlich wird es auf Landesebene eines Ausführungsgesetzes zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz bedürfen, mithin eines Landesversorgungsstrukturgesetzes, das die Rückkopplung der Bedarfsplanung an die Empfehlungen der kreiskommunalen Ebene rechtsformal sicherstellt.

Teil der Reform der Bedarfsplanung ist es, den Ländern eine stärkere Rolle bei der Bedarfsplanung zukommen zu lassen. Die Länder haben inzwischen ein Mitberatungsrecht bei den Sitzungen der Landesausschüsse sowie eine Beanstandungsbefugnis im Hinblick auf die Entscheidungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Die Länder erhoffen sich davon einen stärkeren Einfluss auf die Bedarfsplanung.

Ob sich diese Hoffnung freilich tatsächlich erfüllt, ist fraglich. Denn Mitberatungsrecht bedeutet nun einmal nicht Mitentscheidungsbefugnis. Eine solche hatten die Länder zwar ursprünglich eingefordert, im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens scheinen sie dann allerdings irgendwann Angst vor der eigenen Courage gehabt zu haben.

Das Beanstandungsrecht hat ausschließlich rechtsaufsichtlichen Charakter. Dadurch können unliebsame Entwicklungen auf der Ebene der Bedarfsplanung zwar verzögert werden. Ein echtes Vetorecht steht den Ländern allerdings nicht zu.

Dass sich die Länder im Hinblick auf ihre Beteiligung in den Gremien der Bedarfsplanung den Schneid haben abkaufen lassen, ist aus Sicht der Landkreise aus zweifachem Grund bedauerlich: