

Das Gesundheitssystem in der Umsetzung der Koalitionsvereinbarung –

Eine erste Betrachtung aus Sicht der Landkreise

Für die im Dezember 2013 angetretene Bundesregierung ist auch im Gesundheitswesen ein ehrgeiziges Programm in den ihr zugrunde liegenden Koalitionsvertrag geschrieben. CDU, SPD und CSU haben in sieben wesentlichen Handlungsfeldern für die Landkreise wichtige Vorhaben angekündigt. Nachdem das erste Jahr der Koalition sich dem Ende zuneigt, ist es Zeit, eine Zwischenbilanz aus kommunaler Sicht zu ziehen.

1. Flächendeckende und wohnortnahe Krankenhausversorgung

Die Koalitionsvereinbarung unterstreicht, dass eine flächendeckende Krankenhausversorgung zu den wesentlichen Elementen der Daseinsvorsorge gehört. Es wird postuliert, dass das Krankenhaus der Zukunft gut, gut erreichbar und sicher sein müsse. Dazu soll beispielsweise Qualität als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt werden. Zudem sollen in einem neu zu gründenden Qualitätsinstitut sektorenübergreifend sog. Routinedaten der Krankenhäuser gesammelt, ausgewertet und einrichtungsbezogen veröffentlicht werden. Zudem sollen die jährlich zu erstellenden Qualitätsberichte der Krankenhäuser verständlicher, transparenter und als Grundlage für die Patientenentscheidung präziser werden.

Gute Qualität müsse sich zukünftig auch finanziell lohnen (hierzu mehr unter Punkt 5 – Krankenhausfinanzierung). Zudem sollen auch für exakt vier vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgewählte planbare Leistungen von Krankenhäusern den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden, in den Jahren 2015-2018 modellhaft Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern abzuschließen.

Für die Landkreise besonders wichtig ist, dass die Koalition sich dazu bekennt, dass nicht nur in Ballungsräumen, sondern auch in ländlichen Regionen die wohnortnahe Krankenhausversorgung der Bevölkerung gewährleistet sein muss. Hierzu soll sichergestellt werden, dass Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen ihren Versorgungsauftrag wahrnehmen können. Zudem sollen die Länder bei der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung von einer standortbasierten hin zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung unterstützt werden. Hierzu sollen auch die Möglichkeiten, Sicherstellungszuschläge

Von Jörg Freese, Berlin

zu vereinbaren, verbessert und gesetzlich konkretisiert werden.

Gesetzliche Realität ist von diesen Vorhaben noch wenig geworden. Allerdings befinden sich die Gründung des Qualitätsinstituts sowie weitere Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im parlamentarischen Verfahren. Hier ist also Anfang 2015 eine Erweiterung der Gesundheitslandschaft in Deutschland zu erwarten. Zudem wird die Zahlung des Versorgungszuschlags verlängert; dieser Erfolg wird durch einen vermindert fortgeltenden Mehrleistungsabschlag leider relativiert.

Die immer wieder aufflammende Diskussion über die Qualitätsberichte der Krankenhäuser und deren Lesbarkeit und Erkenntnisgewinne für die Patienten ist nachvollziehbar. Allerdings fehlt es bis heute an wirklich realistischen und praktikablen Vorschlägen, wie dieses Manko beseitigt werden kann, ohne die Vielfalt und Unterschiedlichkeit der Leistungen in den Krankenhäusern zu unterschlagen.

Zudem ermöglicht es erst die Berücksichtigung der Unterschiede zwischen Krankenhäusern und deren Patienten, in einem zweiten Schritt tatsächlich die Qualität einer Leistungserbringung objektiv zu messen und zu bewerten und dann auch tatsächlich den „richtigen“ Preis hierfür zu finden.

Das Ziel der Koalition, die Erreichbarkeit von stationärer medizinischer Versorgung auch in dünnbesiedelten Räumen zu sichern, ist nachdrücklich zu begrüßen. Konkrete Schritte sind hier aber noch nicht unternommen worden. Die Aufgabe der flächendeckenden Versorgung stellt sich vor allem über die Krankenhausfinanzierung (s. u.) und über die Krankenhausplanung durch die Länder. Der Bund muss hier über den Weg einer verbesserten Finanzierung des laufenden Betriebs in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung Unterstützung geben.

2. Vorbereitung einer Krankenhausreform

Die seit einigen Monaten intensiv tagende Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform, die im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD angelegt worden ist, hat sich zuletzt im Hinblick auf die Betriebskostenfinanzierung nur in Grundzügen bzw. allgemeinen Zielstellungen ver-

ständigen können. Soweit bekannt geworden ist, sind dies insbesondere folgende Problemstellungen:

Repräsentative Auswahl der Kalkulationskrankenhäuser:

Die Selbstverwaltungspartner sollen ermächtigt werden, Krankenhäuser mit verbindlicher Wirkung zur Teilnahme an der Kalkulation auszuwählen. Hierzu soll das Institut für das Entgeltwesen im Krankenhaus (InEK) ein Konzept erarbeiten, das bis Ende 2016 von den Selbstverwaltungspartnern zu vereinbaren ist.

Zeitnahe Abbildung gesunkener Sachkosten:

Zur Vermeidung möglicher Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung von Sachkosten sollen die Selbstverwaltungspartner bis Ende Juni 2016 ein Konzept für sachgerechte Korrekturen der kalkulierten Bewertungsrelationen für die Fallpauschalen vereinbaren.

Finanzierung von Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse:

Zur Finanzierung von Mehrkosten durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) soll die Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhäusindividueller Zuschläge geschaffen werden. Nach Berücksichtigung der zusätzlichen Kosten im Fallpauschalen-System sollen die krankenhäusindividuellen Zuschläge nicht mehr erhoben und die zusätzlichen Mittel erhöhend beim Entgeltvolumen im Land berücksichtigt werden.

Angleichung der Landesbasisfallwerte:

Zu der im Koalitionsvertrag angekündigten Angleichung der Landesbasisfallwerte wurden zwei Vorschläge vorgelegt: Entweder Fortsetzung der Konvergenz zu einem Bundesbasisfallwert in fünf gleichen Schritten von 2016-2020, Abbau des nicht erklärbareren Teils der Spannweite der Landesbasisfallwerte 2014, Festlegung symmetrischer Korridor Grenzen auf 1,1 %, Streichung der Kappungsgrenze, Anhebung der Landesbasisfallwerte nur noch in Ländern, die eine zu definierende Mindestinvestitionsquote erfüllen, keine Erhöhung des wie bisher ermittelten Bundesbasisfallwertes um den Veränderungswert und Ermittlung eines kostenbasierten Bundesbasisfallwertes als Vergleichsmaßstab durch das InEK nach Abschluss des Konvergenzprozesses; oder Abbau des nicht erklärbareren Teils

der Spannweite der Landesbasisfallwerte 2007 und 3,52 % als akzeptable Bandbreite der Landesbasisfallwerte, keine Erhöhung des wie bisher ermittelten Landesbasisfallwertes um den Veränderungswert, asymmetrische Ermittlung dauerhaft geltender Korridor Grenzen, Anhebung von Landesbasisfallwerten, die die Korridor Grenze unterschreiten, durch Berücksichtigung bei den Verhandlungen im Folgejahr, erhöhende Berücksichtigung bei Unterschreitung der unteren Korridor Grenze erst im Folgejahr und keine Anhebung von Landesbasisfallwerten oberhalb der oberen Korridor Grenze bis zu deren Erreichen.

Orientierungswert:

Zusätzliche Erhebung von Krankenhausdaten im Sachkostenbereich durch das Statistische Bundesamt und Prüfung, ob der volle Orientierungswert über das Jahr 2015 hinaus als Spielraum für die Verhandlungen des Veränderungswertes weiter Anwendung finden kann.

Ambulante Notfallversorgung:

Beibehaltung des Sicherstellungsauftrags bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), Verpflichtung der KV, mit Krankenhäusern zu kooperieren, Stärkung bereits bestehender Kooperationen, Einbeziehung des Notdienstes der Apotheken in die Kooperationen zwischen KV und Krankenhäusern sowie Stärkung auch der Kooperationen zwischen KV und Rettungsleitstellen.

Es wird wahrscheinlich bestenfalls zu der erwarteten Veröffentlichung eines Eckpunktepapiers der Bund-Länder-Arbeitsgruppe gegen Ende des Jahres 2014 kommen. Eine frühere bzw. eine verbindlichere Form ist kaum zu erwarten, da die Differenzen noch zu groß sind. Die Zielrichtung der Diskussionen in der Bund-Länder-AG ist grundsätzlich richtig. Bedauerlich ist, dass Bund und Länder von Anfang an darauf verzichtet haben, kommunalen Sachverständigen in ihre Beratungen einzubeziehen. Dies ist weder kontinuierlich noch punktuell erfolgt.

3. Ärztliche Notfallversorgung

Die Koalition strebt eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der Vergütung an die veränderte Realität im Hinblick auf die ambulante Notfallversorgung an (vgl. auch Bund-Länder Arbeitsgruppe, Nr. 2). Diese konzentriert sich außerhalb der allgemeinen Praxisprechzeiten immer stärker auf die Krankenhäuser. Es wird daher eine regelhafte Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser zu Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung angestrebt.

Das Ziel ist aus Sicht der Landkreise nur nachdrücklich zu unterstützen. Leider ist

derzeit noch keine Initiative hierzu unternommen worden. Die Gesetzesinitiative des Bundesrates zur Einfügung des Rettungsdienstes in das SGB V sieht hingegen eine landesrechtliche Möglichkeit zur gemeinsamen Organisation von Rettungsdienst und Notdienst der KV vor. Dies ist, wenn es unter der Verantwortung des Landkreises erfolgt, ein richtiger Vorschlag. Bisher lehnt die Bundesregierung diesen Gesetzentwurf vollständig ab. Zumindest in dieser Frage sollte in der Bundesregierung und der Regierungskoalition ein Umdenken erfolgen. Dies würde nicht nur die Finanzierungssituation für die die Notfallversorgung leistenden Krankenhäuser verbessern, sondern auch die Attraktivität der Niederlassung in der ambulanten medizinischen Versorgung für Ärzte verbessern, da die Zusammenführung die Belastung durch Notdienste für Mediziner deutlich verringert. Und dies stellt einen erheblichen Faktor für die Entscheidung für oder gegen die Ansiedlung im ländlichen Raum dar.

Auch wenn die Einfügung des Rettungsdienstes in das SGB V scheitert, ist dringend eine Zusammenführung von Rettungsdienst und Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen vorzunehmen. Dies ist auch ein Ziel des Versorgungsstärkungsgesetzes, das im Herbst 2014 in das parlamentarische Verfahren mündet.

4. Ambulante gesundheitliche Versorgung

Insgesamt steht die ambulante gesundheitliche Versorgung deutlich im Fokus der Koalitionsvereinbarung. So sollen die Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten weiter verbessert werden. Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung sollen reduziert werden, ebenso gilt dies für die Wartezeit auf einen Arzttermin (s. u.).

Die Stärkung der Rolle des Hausarztes und der hausärztlichen Versorgung insgesamt liegt auch im Interesse der Landkreise. Hierzu muss aber die hausärztliche Versorgung auch in der Zukunft flächendeckend gesichert bleiben. Dazu bedarf es weiterer Maßnahmen zur Stärkung der Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit. Dies betrifft auch die Ausgestaltung des Medizinstudiums und der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. So sollten deutlich mehr Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung in die Ausbildung junger Mediziner eingebunden werden. Die Anforderungen der Approbationsordnung sind aber derzeit für kleine und häufig auch mittlere Krankenhäuser nicht zu erfüllen, ohne dass diese Anforderungen in jedem Punkt als undabdingbar für die Ausbildungsqualität erscheinen.

Zu den Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung zählt auch, dass es zukünftig auch arztgruppengleiche medizinische Ver-

sorgungszentren (MVZ) geben soll. Dies werden regelmäßig hausärztliche MVZ sein. Zudem soll es auch Kommunen ermöglicht werden, medizinische Versorgungszentren zu gründen.

Der Entwurf eines GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes liegt nunmehr seit dem 21.10. d. J. offiziell vor. Hierin finden sich viele der Koalitionsvorhaben wieder. Ausweislich der Begründung soll das Gesetz insbesondere folgende Ziele erreichen:

- „Auch künftig eine flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen,
- Rahmenbedingungen für die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung weiter zu flexibilisieren und zu verbessern, dies beinhaltet die Förderung der Versorgungsorientierung der Vergütungsregelungen sowie die angemessene Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanz,
- den Versicherten einen schnellen und sektorenübergreifend durchgehenden Zugang zur medizinischen Versorgung zu verschaffen, um so die Situation der Versicherten im konkreten Versorgungsaltag zu verbessern; dazu zählen insbesondere, die Wartezeiten auf Facharzttermine zu verringern und die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung durch eine Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Innovationen in der Versorgung und die Versorgungsforschung durch die Schaffung eines dafür vorgesehenen Fonds verstärkt zu fördern,
- Leistungsansprüche der Versicherten zu erweitern, z. B. auf die Einholung einer Zweitmeinung vor bestimmten Eingriffen oder in der medizinischen Rehabilitation,
- den Gestaltungsspielraum der Krankenkassen insbesondere beim Abschluss von Verträgen im Wettbewerb zu vergrößern,
- die Nutzenbewertung neuer Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse zu stärken.“

Zu den Maßnahmen zählen u. a.: in § 75 SGB V sollen die Absätze 1a und 1b neu eingefügt werden. Hierin werden die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Einrichtung von Terminservicestellen verpflichtet (Absatz 1a). Hier ist Ziel, in möglichst kürzerer Zeit einem gesetzlich Krankenversicherten einen Behandlungstermin im Rahmen der fachärztlichen Versorgung zu gewährleisten.

Für die Landkreise von besonderer Bedeutung ist der neue Absatz 1b. Danach umfasst der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auch die ver-

tragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nicht anderes bestimmt. Zudem sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen. Durch die Neuregelung wird den Ländern die Möglichkeit gegeben, den Rettungsdienst mit dem Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen enger zu verknüpfen und zugleich auch eine Verbindung mit den Notaufnahmen der Krankenhäuser zu schaffen.

In einem neuen § 75a SGB V werden die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung verpflichtet, die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren zu fördern. Wichtig ist, dass die Kosten der Förderung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen je zur Hälfte getragen werden, wobei die Gelder die Krankenkassen außerhalb der genannten Vergütung für die vertragsärztliche Versorgung gewährt werden.

In einem neuen § 92a SGB V wird ein Innovationsfonds geregelt, der mit 300 Mio. € ausgestattet werden soll und neue Versorgungsformen, die bis über die bisherige Regelversorgung hinausgehen und hinreichendes Potenzial aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden, gefördert werden.

In einem neuen § 119c SGB V wird als neue Struktur ein medizinisches Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen eingerichtet. Zudem ist in einer Neufassung des elften Abschnitts im vierten Kapitel des SGB V in § 140a eine Erweiterung der Möglichkeiten für Selektivverträge vorgesehen. Dieses Kapitel bekommt auch die neue Überschrift „Besondere Versorgung“ (bisher „Integrierte Versorgung“).

Viele der vorgeschlagenen Maßnahmen erscheinen nach erster Prüfung sinnvoll und geeignet, die Versorgungssituation zu verbessern. Hinzu treten noch die Ermöglichung eines arztgruppengleichen Medizinischen Versorgungszentrums (§ 95 SGB V), das insbesondere der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung dienen kann, sowie ein Bestandsschutz für Krankenhäuser, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen.

Mit dem Gesetzentwurf greift das BMG auch einige der Empfehlungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) auf. Dieser wiederum hatte in seinem dies-

jährigen Gutachten auch Forderungen des DLT aufgegriffen. Folgende Empfehlungen erscheinen dabei wesentlich:

- Empfehlungen zum Abbau von Unter- und Überversorgung:

Der Sachverständigenrat (SVR) empfiehlt, deutlich stärkere Anreize als bisher zu setzen, um die ärztliche Tätigkeit schon in von Unterversorgung bedrohten Regionen zu befördern. Es wird ein Vergütungszuschlag von 50 % auf alle in einer unterversorgten Region erbrachten ärztlichen Grundleistungen der Versorgungsstufe I und II (hausärztliche und allgemeine fachärztliche Versorgung) sowie der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung vorgeschlagen. Als Additiv wäre auch eine gleitende Bezuschussung abhängig vom Versorgungsgrad mit einem Höchstsatz von 50 % denkbar.

- Stärkung der hausärztlichen Versorgung:

Der SVR fordert eine Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung. Auch hier schlägt er vor, dies über finanzielle Maßnahmen (Einführung einer Gebühr bei direkter Inanspruchnahme eines Facharztes) zu steuern.

Weiterhin hält er als wesentliche Ursachen für eine zu geringe Zahl von Facharztanerkennungen im Fach Allgemeinmedizin folgende Probleme als vordringlich:

- a) Ausbildung (mangelnde Präsenz, Bedeutung und Attraktivität des Fachs Allgemeinmedizin),
- b) Weiterbildung (mühsame und wiederholt notwendige Stellenwechsel von Ärzten in Weiterbildung),
- c) als unattraktiv empfundene Niederlassungs- bzw. Arbeitsbedingungen bei der praktischen Tätigkeit als Hausarzt insbesondere als Einzelkämpfer im ländlichen Raum.

Hieran anschließend schlägt der SVR umfangreiche Maßnahmen im Bereich des Studiums der Humanmedizin, der Weiterbildung und der praktischen Tätigkeit als Hausarzt vor.

- Notfallversorgung im ländlichen Raum:

Der SVR empfiehlt eine Neuordnung, idealerweise eine Zusammenführung aller drei Bereiche (ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notaufnahme der Krankenhäuser). Besonders im ländlichen Raum sei dies mit Blick auf die Vorhaltekosten und die Belastung der knappen Arbeitskräfte nicht nur aus qualitativen, sondern auch aus ökonomischen Gründen geboten.

- Rolle der Krankenhäuser in der sektorenübergreifenden Versorgung im ländlichen Raum:

Der SVR schlägt zur Bündelung der Ressourcen im ländlichen Raum nicht nur eine verstärkte Kooperation und Abstimmung

innerhalb des Krankenhaussektors vor, sondern hält eine sektorenübergreifende Planung von abgestuften Versorgungsstrukturen für erforderlich. Dabei kann aus seiner Sicht das Krankenhaus gemeinsam mit weiteren Versorgern der Region zu einem lokalen Gesundheitszentrum weiterentwickelt werden. Zudem erläutert der SVR die Funktionsweise eines solchen lokalen Gesundheitszentrums in der Zusammenarbeit insbesondere auch mit den ambulanten und stationären Akteuren im Gesundheitswesen.

5. Krankenhausfinanzierung

Die Krankenhausfinanzierung soll sich stärker an der Versorgungssicherheit gerade auch für Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung richten und ihnen ein wirtschaftliches Arbeiten ermöglichen. Dies ist uneingeschränkt zu unterstützen. Es entspricht auch den Erwartungen des Deutschen Landkreistages an die Gesundheitspolitik dieser Wahlperiode. Leider sind entsprechende Initiativen noch nicht zu erkennen. Der seit 2014 gewährte Versorgungszuschlag wird stattdessen in sehr eingeschränkter Form weitergeführt, was insbesondere den Krankenhäusern im ländlichen Raum schadet. Es bleibt zu hoffen, dass die Initiativen auch des Deutschen Landkreistages in den parlamentarischen Raum hineinwirken, um eine weite Zahlung des Versorgungszuschlags zu ermöglichen.

Die Qualitätsdiskussion wird immer wieder auch von dem Gedanken geleitet, dass nur gute Qualität von den Krankenkassen auch entsprechend gut honoriert werden sollte. Stichwort ist hier „pay for performance“. Fest steht derzeit nur, dass sich die für eine Beurteilung der Qualität notwendige Kenntnis über die entsprechenden Voraussetzungen insbesondere des Patienten, seiner Vorerkrankungen usw. in den bisher vorliegenden „Routinedaten“ der Krankenhäuser nicht wiederfinden. Insgesamt ist es noch keinem Akteur auf diesem Markt gelungen, tatsächlich die Qualität medizinischer Leistungen abzubilden und anschließend dann auch noch in ein Vergütungssystem umzuwandeln. Ein tatsächliches „pay for performance“ wird es daher hoffentlich auch in nächster Zukunft nicht geben. Denn Voraussetzung hierfür ist, dass Leistungen der Krankenhäuser auch tatsächlich gerecht und nachvollziehbar und bewertet werden können.

Insgesamt bleibt die Krankenhausfinanzierung dauerhaft ein Streitpunkt zwischen Bund, Ländern und Kommunen, aber auch zwischen den Krankenhausträgern und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dies wird auch im Beitrag von Dr. *Doris Pfeiffer*, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands Bund, ebenso wie im Beitrag von *Georg Baum*, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, in diesem Heft sehr deutlich.

6. Prävention und Gesundheitsförderung

Sehr kurzfristig hat das BMG Anfang November d. J. den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) vorgelegt. Im Koalitionsvertrag war sogar angekündigt worden, ein solches Gesetz bis zum Jahresende verabschieden zu wollen. Dies war aber schon vor einem Jahr wenig realistisch angesichts der drei Versuche von zwei Gesundheitsministern im vergangenen Jahrzehnt, ein Präventionsgesetz durchzusetzen.

Der Gesetzentwurf hat folgende wesentliche Inhalte und Ziele:

- Verbesserung der Kooperation der Träger von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und der Koordination von Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten,
- zielgerichtete Neustrukturierung der Finanzierung von Leistungen und zur primären Prävention der Krankenkassen,
- Ausbau der Prävention der Kinder und Jugendlichen,
- primärpräventionsorientierte Fortentwicklung der Gesundheitsuntersuchung,
- qualitätsgesicherte Präventionsangebote der Krankenkassen – Bonifizierungen,

- Erleichterung der Inanspruchnahme von Primärpräventions- und Vorsorgeleistungen für Versicherte mit besonderen beruflichen oder familiären Belastungssituationen,
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung.

Es ist festzustellen, dass der Gesetzentwurf bemüht ist, die Schwächen der in den vergangenen Legislaturperioden vorgelegten entsprechenden Entwürfe zu vermeiden. So wird dieses Mal kein übermäßiger und zusätzlicher bürokratischer Aufwand mit einer Vielzahl von Gremien auf Bundes- und Länderebene vorgeschlagen. Auch ist keine massive Stärkung der BZgA nicht nur in ihrer bundeszentralen Rolle als Dienstleister, sondern auch in konkreten örtlichen Vorhaben vorgesehen. Dies wäre auch weder praktikabel noch in irgendeiner Weise sinnvoll gewesen. Demgegenüber ist der Gesetzentwurf nunmehr bemüht, ein ausgewogenes Maß zwischen zentralen Vorgaben und örtlicher Verantwortung zu schaffen.

Dabei ist es aber in keiner Weise gelungen, den öffentlichen Gesundheitsdienst der Landkreise und kreisfreien Städte angemessen einzubinden. Lediglich über die vorgesehenen Rahmenvereinbarungen auf Landesebene werden die Kommunen und ihre Spitzenverbände in den Ländern mitwirken. Örtliche Abstimmungen und

Koordinierungen von Präventionsleistungen vor Ort sind im Gesetzentwurf ebenso wenig vorgesehen wie eine deutliche Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in seiner Stellung gegenüber den Krankenkassen. Bleibt es bei dem Gesetzentwurf, so wird es auch in Zukunft keine starke Rolle der Landkreise und ihrer Gesundheitsämter bei der Organisation und Koordination der Präventionsangebote vor Ort geben.

7. Fazit

In der Gesundheitspolitik steht die Große Koalition noch am Anfang ihrer Bemühungen. Den zumeist erfreulichen Zielen aus dem Koalitionsvertrag steht entgegen, dass bisher nur einzelne Elemente tatsächlich bereits Eingang in die Gesetzesrealität gefunden haben. Aufgabe des Deutschen Landkreistages wird es sein, in der Gesundheitspolitik weitere Initiativen anzustoßen und dafür zu sorgen, dass die sinnvollen Ziele des Koalitionsvertrags möglichst zügig in entsprechende Gesetzesinitiativen und in gesetzliche und vor allem tatsächliche Realität verwandelt werden. Dabei muss die Rolle der Landkreise in einem zunehmend regionalisierten Gesundheitswesen systematisch gestärkt werden. □

Jörg Freese, Beigeordneter beim Deutschen Landkreistag, Berlin

2. – 3. Dezember 2014 Estrel Convention Center, Berlin

MODERNER
STAAT

18. Fachmesse und Kongress
Strategie und Best Practices für IT, Personal und Finanzen

Was führende Köpfe bewegt.

Etabliert, Einzigartig, Effizient, Erfolgreich.

Wer heute und in Zukunft erfolgreich sein will, muss in Bewegung bleiben. MODERNER STAAT stellt die Weichen für die Zukunft der öffentlichen Verwaltung. Hier werden die Themen von morgen diskutiert und ein überparteilicher, unabhängiger und ressortübergreifender Erfahrungsaustausch gepflegt.



www.moderner-staat.com