



**Gesundheitspolitische Leitlinien
des Landkreistags
Baden-Württemberg**

Stuttgart, den 19. Juli 2011

Kontakt:

Landkreistag Baden-Württemberg

Dezernat II

Dr. Alexis v. Komorowski

Panoramastr. 37

70174 Stuttgart

Telefon: 0711/22462-14

Telefax: 0711/22462-23

Email: komorowski@landkreistag-bw.de

I. Landkreise übernehmen Verantwortung

II. Flächendeckende ambulante Versorgung

1. Stärkung der Attraktivität des Hausarztberufs
2. Gewinnung hausärztlichen Nachwuchses
3. Reform der vertragsärztlichen Bedarfsplanung
4. Förderung der sektoren-übergreifenden Versorgung
5. Kurzfristiges Vorgehen gegen akute Versorgungsengpässe

III. Patientengerechtes Krankenhauswesen

1. Festhalten am bestehenden ordnungsrechtlichen Rahmen
2. Solide Finanzierung der Krankenhäuser

IV. Effiziente Organisation der Notfallrettung

1. Novelle des Rettungsdienstgesetzes
2. Reform der Rettungsdienstorganisation
3. Neuordnung der Hilfsfristen

V. Vorsorge als gesundheitspolitischer Schwerpunkt

1. Konsequente Fortführung der Gesundheitsstrategie
2. Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

VI. Schlussbemerkung: Gesundheitspolitische Leitlinien als Orientierungsrahmen

1 I. Landkreise übernehmen Verantwortung

2 Die Menschen im Land messen ihrer Gesundheit einen hohen Stellenwert bei. Durch die
3 demographische Entwicklung wird diese Tendenz noch verstärkt. Das ausgeprägte Gesund-
4 heitsbewusstsein geht dabei zunehmend einher mit einem starken Sicherheitsbedürfnis auch
5 in diesem Bereich. Die Menschen wollen die Gewissheit haben, dass sie optimal versorgt
6 werden, wenn sich ein Gesundheitsrisiko realisiert. Daneben wächst die Erkenntnis, dass es
7 bei steigender Lebenserwartung wichtig ist, durch Prävention und Gesundheitsförderung
8 vorzusorgen.

9 Die Landkreise in Baden-Württemberg sehen es als ihre Pflicht an, sich dieser zentralen An-
10 liegen der Menschen anzunehmen. Zwar liegt die politische und rechtliche Verantwortung
11 im Gesundheitsbereich ganz überwiegend bei anderen Akteuren des Gesundheitswesens;
12 und für diese können, wollen und werden die Landkreise keinesfalls als Ausfallbürgen ein-
13 stehen. Die Landkreise sehen es allerdings als ihre ureigene Aufgabe an, den zentralen Be-
14 langen der Bürgerinnen und Bürger nicht nur durch eigenverantwortliches Tätigwerden,
15 sondern auch dadurch Nachdruck zu verleihen, dass sie mit den zuständigen Stellen und In-
16 stitutionen konstruktiv-kritisch an praktikablen Lösungen arbeiten und sich – wo nötig –
17 auch beharrlich für die Umsetzung politischer Forderungen einsetzen.

18 Als traditionelle Krankenhausträger mit nachgewiesener hoher Kompetenz lassen sich die
19 Landkreise dabei von dem Gedanken leiten, dass es zur allgemeinen Daseinsvorsorge gehört,
20 eine gute medizinische Versorgung für die gesamte Landkreisbevölkerung zu gewährleisten.
21 Auch sind sie sich dessen bewusst, dass ein funktionierendes Gesundheitswesen zu den
22 wichtigsten Wirtschafts- und Standortfaktoren eines Landkreises zählt.

23 Unter Berücksichtigung dieser Leitgedanken lassen sich aus den berechtigten Erwartungen
24 der Bürgerinnen und Bürger vier Kernforderungen an ein zukunftsfähiges Gesundheitssys-
25 tem ableiten:

- 26 ○ Die ambulante Versorgung muss flächendeckend sichergestellt,
- 27 ○ ein patientengerechtes Krankenhauswesen nachhaltig etabliert,
- 28 ○ die Notfallrettung effizient organisiert und
- 29 ○ die Gesundheitsvorsorge als gesundheitspolitischer Schwerpunkt fest verankert sein.

30 Die vorliegenden gesundheitspolitischen Leitlinien des Landkreistags Baden-Württemberg
31 knüpfen an diese Kernforderungen an, formulieren Teilziele und stellen klar, wer für die Rea-
32 lisierung (haupt-)verantwortlich ist und welche Beiträge die Landkreise im jeweiligen Kontext
33 leisten können.

34 II. Flächendeckende ambulante Versorgung

35 Zentrales gesundheitspolitisches Ziel der Landkreise ist es, auch im Bereich der ambulanten
36 ärztlichen Versorgung gleichwertige Lebensbedingungen im städtischen und ländlichen Be-
37 reich dauerhaft sicherzustellen. Dazu gehört eine wohnortnahe Versorgung. Es ist allerdings

38 absehbar, dass die bisherigen Versorgungsstrukturen künftig – insbesondere auch im haus-
39 ärztlichen Bereich – erhebliche Veränderungen erfahren werden.

40 In etlichen Landkreisen gibt es bereits heute Schwierigkeiten, Nachfolgeregelungen für
41 hausärztliche Praxen zu finden. Angesichts der Altersstruktur der derzeit noch aktiven Haus-
42 ärztinnen und -ärzte, der steigenden Lebenserwartung und des medizinischen Fortschritts ist
43 damit zu rechnen, dass sich die Engpässe bei der hausärztlichen Versorgung in den kom-
44 menden Jahren massiv verschärfen werden. Es muss daher rechtzeitig gegengesteuert wer-
45 den. Dazu bedarf es tauglicher Instrumente, um den Hausarztberuf insgesamt attraktiver zu
46 gestalten (1.), mehr hausärztlichen Nachwuchs zu gewinnen (2.), die derzeit unbefriedigende
47 vertragsärztliche Bedarfsplanung zu reformieren (3.), die sektoren-übergreifende Versor-
48 gung zu fördern (4.) und den akuten Versorgungsengpässen kurzfristig begegnen zu können
49 (5.) .

50 Auch jenseits des hausärztlichen Bereichs fällt es zunehmend schwerer, im Ländlichen Raum
51 eine wohnortnahe ambulante medizinische Versorgung zu gewährleisten. Dies gilt sowohl
52 für die ambulante fachärztliche als auch für die ambulante psychotherapeutische Versor-
53 gung. Ähnlich wie im hausärztlichen Bereich bedarf es hier einer ganzen Palette von Maß-
54 nahmen, um Versorgungslücken zu verhindern bzw. zu schließen.

55 **1. Stärkung der Attraktivität des Hausarztberufs**

56 **a) Neue Modelle und finanzielle Anreize für Hausärztinnen und Hausärzte**

57 Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben den Sicherstellungsauftrag für die ambulante
58 ärztliche Versorgung. Wenn es ihnen immer schlechter gelingt, die nötigen Hausärzte zu fin-
59 den, um die freiwerdenden Arztsitze zu besetzen, müssen sie gemeinsam mit den Kranken-
60 kassen über neue Konzepte zur Problemlösung nachdenken. Dazu gehört es insbesondere
61 auch, finanzielle Anreize neu und anders zu setzen. Die Attraktivität des Hausarztberufs
62 hängt zwar nicht nur, aber doch zu einem Gutteil davon ab, wie sich ein Allgemeinmediziner
63 – im Vergleich auch zu anderen Fachkollegen – finanziell stellt.

64 Unattraktiv am Hausarztberuf sind – jedenfalls aus Sicht der jüngeren Medizinergeneratio-
65 nen –neben den derzeitigen finanziellen Rahmenbedingungen vor allem die unregelmäßigen
66 Arbeitszeiten. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass der Anteil der weibli-
67 chen Medizinstudenten mittlerweile bei 61% liegt. Das tradierte Rollenbild des jederzeit ver-
68 fügbaren Hausarztes muss strukturell überwunden werden. Dazu müssen insbesondere die
69 durch das Vertragsärztegesetz geschaffenen Möglichkeiten zur flexiblen Ausgestaltung der
70 hausärztlichen Tätigkeit aktiv genutzt und – etwa hinsichtlich des Kreises zulässiger Anstel-
71 lungsträger – auch noch weiterentwickelt werden. Des Weiteren macht es Sinn, durch die
72 Einrichtung von Bereitschaftsdienstzentralen Ärztinnen und Ärzte von Wochenenddiensten
73 zu entlasten.

74 Mit dem Modell der RegioPraxisBW hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-
75 Württemberg auf die veränderten Bedürfnisse insbesondere der jüngeren Ärztinnen und
76 Ärzte reagiert. Die Landkreise sehen darin eine Chance für die flächendeckende medizinische
77 Versorgung des Ländlichen Raums. Allerdings ist es keine Verpflichtung der Landkreise, das
78 Konzept der RegioPraxisBW direkt oder indirekt finanziell zu unterstützen. Die RegioPra-

79 xisBW ist ein Beitrag zur gesetzlich vorgegebenen Sicherstellung einer bedarfsgerechten
80 ärztlichen Versorgung; die Landkreise indes trifft insofern gerade kein Sicherstellungsauftrag.

81 **b) Entlastung durch verstärkten Einsatz nichtärztlicher Gesundheitsberufe**

82 Zur Steigerung der Attraktivität des Hausarztberufs trägt es ferner bei, wenn sich Ärztinnen
83 und Ärzte wieder stärker auf ihre Kernaufgaben konzentrieren können, weil sie durch Ange-
84 hörige der nichtärztlichen Gesundheitsberufe unterstützt werden. Hier ist an die Modelle
85 VerAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis), AGnES (Arztentlastende, Gemeinde-
86 nahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) sowie EVA (Entlastende Versorgungsas-
87 sistentin) zu erinnern.

88 **c) Optimierung der Weiterbildung**

89 Um die Anziehungskraft des Hausarztberufs zu stärken, muss die allgemeinmedizinische
90 Weiterbildung vor Ort weiter optimiert werden. Denn eine strukturierte, kontinuierliche und
91 qualitativ hochwertige Weiterbildung über fünf Jahre zum Facharzt für Allgemeinmedizin
92 macht die Niederlassung als Hausarzt attraktiver. Vielerorts existieren bereits heute regiona-
93 le Weiterbildungsverbände mit nahtlos ineinander übergehenden Stellen in Kliniken und
94 ausgewählten Praxen; diese sind auch in Zukunft zu fördern. Wo entsprechende Weiterbil-
95 dungsmöglichkeiten noch fehlen, sollten sie rasch etabliert werden. Den Bewerbern müssen
96 die mühsame Suche nach Weiterbildungsstellen und ständige Umzüge erspart bleiben. Im
97 Übrigen hat es sich bewährt, in einem begleitenden Schulungsprogramm die jungen Ärztin-
98 nen und Ärzte zielgenau auf die Herausforderungen einer späteren hausärztlichen Niederlas-
99 sung vorzubereiten.

100 **d) Punktuelle Unterstützung durch die Landkreise**

101 Klar muss sein: Dafür, dass der Hausarztberuf wieder attraktiver wird, müssen in erster Linie
102 diejenigen eintreten, die für die vertragsärztliche Versorgung von Gesetzes wegen zuständig
103 sind. Die übrigen Akteure des Gesundheitswesens können hier nur flankierend tätig werden.

104 Dies vorausgesetzt, können Anreize, in die hausärztliche Niederlassung zu gehen, punktuell
105 auch auf kommunaler Ebene gesetzt werden. So können die kommunalen Gebietskörper-
106 schaften beispielsweise ihr Netzwerk aktivieren, um für den Partner des neuen Hausarztes
107 eine passende Arbeitsstelle zu finden.

108 **e) Regionale Foren/Kommunale Gesundheitskonferenzen**

109 Es kann vielfach zielführend sein, die verschiedenen Maßnahmen zur Attraktivitätssteige-
110 rung des Hausarztberufs in einem kreisweiten Aktionsprogramm Landärzte zu bündeln.

111 Auch wenn die Instrumente für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten hausärztlichen
112 Versorgung im Wesentlichen der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung stehen, kön-
113 nen die Landkreise doch immerhin regionale Foren initiieren, auf denen die kreisspezifischen
114 Ansätze zur Erhaltung der Hausarztstätigkeit erörtert, vernetzt und praktisch angeschoben
115 werden. So kann die flächendeckende Versorgung mit hausärztlichen Leistungen eines der
116 Themen sein, mit denen die Kommunale Gesundheitskonferenz befasst wird.

117 **2. Gewinnung hausärztlichen Nachwuchses**

118 **a) Bessere Verankerung der Allgemeinmedizin in der universitären Ausbildung**

119 Die Allgemeinmedizin muss im Studium wesentlich stärker verankert werden. Hierzu gehö-
120 ren die stärkere Einbindung der Allgemeinmedizin in die universitäre Ausbildung, die Einrich-
121 tung von (Stiftungs-)Professuren für Allgemeinmedizin, die Einführung einer allgemeinmedi-
122 zinischen Pflichtfamulatur in Hausarztpraxen sowie die Aufwertung der Allgemeinmedizin
123 zum Pflichtfach im Praktischen Jahr. Von der Landesregierung erwarten die Landkreise, dass
124 sie die im Koalitionsvertrag gemachte Zusage zeitnah umsetzt und an allen medizinischen
125 Fakultäten des Landes Lehrstühle für Allgemeinmedizin einrichtet.

126 **b) Vergünstigungen für angehende Hausärztinnen und Hausärzte**

127 Es ist sinnvoll, habhafte Vergünstigungen für Medizinstudenten einzuführen, die sich auf
128 eine spätere Tätigkeit als Hausarzt verpflichten. Diese reichen von einer Bevorzugung im
129 Auswahlverfahren über ermäßigte Studiengebühren bis hin zu Studienbeihilfen. Die Ver-
130 günstigungen sind danach zu staffeln, ob die Verpflichtung auf eine hausärztliche Tätigkeit
131 generell oder ob sie speziell im Hinblick auf eine Tätigkeit in einem unterversorgten Gebiet
132 erfolgt. Die Vergünstigungen müssen so abgefasst und in regelmäßigen Abständen daraufhin
133 überprüft werden, dass sich in anderen Bereichen des Gesundheitswesens wie etwa in den
134 Krankenhäusern oder im Öffentlichen Gesundheitsdienst die Probleme bei der Rekrutierung
135 von ärztlichem Personal nicht übermäßig verschärfen. Im Übrigen ist bei der konkreten Aus-
136 gestaltung der Vergünstigungen schon aus Gleichheitsgründen darauf zu achten, dass Be-
137 günstigte auch tatsächlich sanktioniert werden, wenn sie entgegen ihrer Zusicherung später
138 nicht hausärztlich tätig werden. Als flexibles Instrument hierfür bieten sich Konventionalstra-
139 fen an.

140 **c) Ausbau der Ausbildungskapazitäten, Verhinderung der Abwanderung von Medizinern 141 aus der Patientenversorgung und Revision der europäischen Arbeitszeitrichtlinie**

142 Schließlich, aber nicht zuletzt wird man nicht umhin kommen, die Ausbildungskapazitäten im
143 Bereich der Humanmedizin auszubauen. Anders kann die sich abzeichnende Versorgungslü-
144 cke nicht geschlossen werden.

145 Parallel zur Bereitstellung zusätzlicher Ausbildungsplätze muss freilich das Problem angegan-
146 gen werden, dass heute etliche ausgebildete Mediziner nach der Approbation bzw. der
147 Facharztweiterbildung keine ärztliche Tätigkeit in der Patientenversorgung in Deutschland
148 aufnehmen. Es darf nicht sein, dass Deutschland immer mehr hochqualifizierte Mediziner
149 ausbildet, diese aber ins Ausland abwandern oder sich anderen beruflichen Tätigkeiten zu-
150 wenden. Erforderlich ist ein ganzes Bündel von aufeinander abgestimmten Maßnahmen, um
151 fertig ausgebildete Mediziner in der Patientenversorgung zu halten. Diese reichen von der
152 Verbesserung der Arbeitszeiten bis hin zum Bürokratieabbau im Bereich der gesetzlichen
153 Krankenversicherung. In diesem Zusammenhang muss auch darüber nachgedacht werden,
154 wie sich die volkswirtschaftlichen Kosten, die durch die Fehlallokation in der medizinischen
155 Ausbildung entstehen, verursachergerecht umverteilen lassen.

156 Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass der derzeitige Ärztemangel auch mit der Rechtspre-
157 chung des Europäischen Gerichtshofs zusammenhängt, wonach die inaktiven Zeiten des Be-

158 reitschaftsdienstes ebenfalls vollumfänglich als Arbeitszeit zu bewerten sind. Diese juristi-
159 sche Neubewertung hat seit 2004 zu einem deutlichen Mehrbedarf an Krankenhausärzten
160 geführt. Der Sache nach freilich war der folgenreiche Rechtsspruch der Luxemburger Richter
161 nicht gerechtfertigt. Die Landkreise unterstützen daher die Bestrebungen, das europäische
162 Arbeitszeitrecht zu ändern und die Bereitschaftsdienste nicht mehr vollständig als Arbeitszeit
163 im Sinne der gesetzlichen Höchstarbeitszeiten einzustufen.

164 **d) Flankierende Unterstützung durch die Landkreise**

165 Die genannten Maßnahmen fallen überwiegend in den Verantwortungsbereich des Landes,
166 teilweise aber auch in den von Bund und Universitäten. Die Landkreise können jedoch unter-
167 stützend an der Gewinnung hausärztlichen Nachwuchses mitwirken, indem sie sich – auch
168 ohne direkte finanzielle Bezuschussung – an Programmen beteiligen, die es den angehenden
169 Medizinern in unterschiedlichen Phasen ihrer Ausbildung ermöglichen, Einblicke in die prak-
170 tische Tätigkeit und die Lebensumstände eines Landarztes zu gewinnen. Entsprechende Pro-
171 gramme können Gegenstand eines kreisweiten Aktionsprogramms Landärzte sein, an dem
172 sich alle insoweit maßgeblichen Akteure beteiligen. In Abhängigkeit von den örtlichen Gege-
173 benheiten kann es zweckmäßig sein, ein solches Aktionsprogramm im Kontext einer Kom-
174 munalen Gesundheitskonferenz zu erarbeiten und zu beschließen.

175 **3. Reform der vertragsärztlichen Bedarfsplanung**

176 **a) Kleinräumigere Strukturierung der Bedarfsplanung**

177 Um die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum zu gewährleisten, muss es im Rahmen der
178 vertragsärztlichen Bedarfsplanung künftig möglich sein, die Versorgungsbereiche kleinräu-
179 miger zu strukturieren. Dabei weisen die Regelungsvorschläge, auf die sich Bund und Länder
180 zuletzt verständigt haben, in die richtige Richtung.

181 **b) Gemeinsamer Landesausschuss für die sektoren-übergreifende Planung**

182 Aus Sicht der Landkreise sprechen nach wie vor durchgreifende Gründe dafür, den Ländern
183 die Einrichtung eines Gemeinsamen Landesausschusses für die sektoren-übergreifende
184 Planung zu gestatten. Denn gerade die medizinische Versorgung des Ländlichen Raums
185 hängt entscheidend davon ab, dass die Effizienzpotenziale, die durch eine sektoren-
186 übergreifende Versorgung erzielt werden können, tatsächlich ausgeschöpft werden.

187 Allerdings ist es in diesem Zusammenhang von entscheidender Bedeutung, dass der Ge-
188 meinsame Landesausschuss für die sektoren-übergreifende Planung nicht als bloßer Ge-
189 sprächszirkel ausgestaltet wird. Es muss daher rechtlich sichergestellt sein, dass Beschlüsse,
190 die in diesem Gremium gefasst werden, von den Landesausschüssen berücksichtigt werden
191 müssen. Eine solche Berücksichtigungspflicht muss auch justiziabel sein.

192 **c) Einbindung der kommunalen Ebene**

193 Es macht Sinn, die Vor-Ort-Kenntnisse der kommunalen Gebietskörperschaften für die ver-
194 tragsärztliche Bedarfsplanung zu mobilisieren. Im Zuge der Reform der Bedarfsplanung sollte
195 deshalb in den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen auf eine angemessene Ver-
196 tretung der kommunalen Ebene geachtet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die Länder
197 bundesrechtlich ermächtigt werden, stimmberechtigte Vertreter in die Landesausschüsse zu

198 entsenden. Denn dann kann auch die kommunale Seite im Rahmen des Länderkontingents in
199 die Landesausschüsse einziehen. Insofern ist es bedauerlich, dass den Ländern nach derzeitige-
200 gem Stand der Diskussion auf Ebene der Landesausschüsse lediglich ein Beanstandungs-, ein
201 Rede- sowie ein Initiativrecht eingeräumt werden soll. Nach Auffassung der Landkreise sollte
202 ihnen darüber hinaus die Möglichkeit eingeräumt werden, landesrechtlich (maximal) eine
203 Drittel-Parität von Ärzten, Krankenkassen und Ländern im Landesausschuss vorzusehen.
204 Dann nämlich könnte den Ländern abverlangt werden, dass ein Teil der in den Landesaus-
205 schuss zu entsendenden Landesvertreter von der kommunalen Seite benannt wird.

206 Im Hinblick auf den aus Landkreissicht zu fordernden Gemeinsamen Landesausschuss für die
207 sektoren-übergreifende Planung ist ebenfalls zu gewährleisten, dass die kommunalen Ge-
208 bietskörperschaften angemessen vertreten sind. Dies lässt sich auf dieselbe Art und Weise
209 bewerkstelligen wie bei den für die Bedarfsplanung zuständigen Landesausschüssen.

210 Sinnvoll wäre überdies eine Öffnungsklausel, nach der landesrechtlich bestimmt werden
211 kann, dass Bedarfspläne nur im Benehmen mit den Kommunalen Landesverbänden aufge-
212 stellt und angepasst werden dürfen. Zielführend wäre es außerdem, wenn die Länder den
213 Kommunalen Landesverbänden das Recht einräumen dürften, im Benehmen mit der zustän-
214 digen obersten Landesbehörde Maßnahmen zur Förderung der vertragsärztlichen Versor-
215 gung vorzuschlagen.

216 **d) Die Rolle der Landkreise bei der Reform der Bedarfsplanung**

217 Die überfällige Reform der vertragsärztlichen Bedarfsplanung obliegt Bund und Ländern.
218 Eine Reform der Bedarfsplanung, die eine kleinräumigere Betrachtung der Versorgungsbe-
219 reiche ermöglicht und den kommunalen Gebietskörperschaften Mitwirkungsbefugnisse ein-
220 räumt, können die Landkreise nicht selbst herbeiführen, sondern nur politisch flankieren und
221 einfordern. Die Landkreise können aber durch ihr praktisches Tätigwerden vor Ort ein deutli-
222 ches Signal dafür setzen, dass sie willens und in der Lage sind, an einer reformierten Bedarf-
223 splanung mitzuwirken. Dies kann – unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Kassenärzt-
224 lichen Vereinigung – in der Weise geschehen, dass sie durch entsprechende Netzwerkarbeit
225 verdeutlichen, wie stark sie sich bereits heute für die nachhaltige Sicherstellung der ärztli-
226 chen Versorgung auf Kreisebene engagieren.

227 **4. Förderung der sektoren-übergreifenden Versorgung**

228 **a) Förderung sektoren-übergreifender Vernetzung im Bereich der (spezial-)ärztlichen am- 229 bulanten Versorgung, der Medizinischen Versorgungszentren und der Notfallversorgung**

230 Im Hinblick auf den sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zunehmenden
231 Ärztemangel sowie angesichts der allgemeinen Kostenentwicklung erweist es sich als unab-
232 dingbar, die medizinische Versorgung mehr noch als bisher sektoren-übergreifend zu organi-
233 sieren. So muss insbesondere der Bereich der spezialärztlichen ambulanten Versorgung als
234 zentrale Schnittstelle dahingehend reformiert werden, dass Leistungen der spezialärztlichen
235 Versorgung einschließlich ambulanter Operationen und stationsersetzender Leistungen so-
236 wohl von besonders qualifizierten niedergelassenen Ärzten als auch von Krankenhäusern
237 erbracht werden dürfen.

238 Des Weiteren sollte die Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante vertragsärztliche
239 Versorgung erleichtert werden. Dazu muss das Instrument der Institutsermächtigung flexibi-
240 lisiert werden. So muss es einen Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf Erteilung der Insti-
241 tutsermächtigung geben, und zwar nicht erst bei eingetretener, sondern bereits bei drohen-
242 der Unterversorgung. Ferner dürfen – jedenfalls bei Unterversorgung – Institutsermächtigun-
243 gen nicht länger gegenüber persönlichen Ermächtigungen nachrangig eingestuft werden.

244 Einen wichtigen Baustein sektoren-übergreifender Versorgung bilden die Medizinischen Ver-
245 sorgungszentren. Die Errichtung von Medizinischen Versorgungszentren in der Trägerschaft
246 von Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und rehabilitativ tätigen Leistungserbringern
247 darf daher nicht erschwert, sondern muss im Gegenteil erleichtert werden. Einer subsidiären
248 Befugnis der Kommunen, bei Unterversorgung selbst Medizinische Versorgungszentren zu
249 betreiben, stehen die Landkreise offen gegenüber, sofern rechtlich abschließend gewährleis-
250 tet ist, dass Einrichtung und Betrieb dieser kommunalen Eigeneinrichtung ausschließlich aus
251 der Verteilungsmasse der Kassenärztlichen Vereinigung finanziert wird.

252 Auch im Bereich der Notfallrettung durch den Rettungsdienst, des vertragsärztlichen Not-
253 dienstes und der ambulanten Notfallversorgung der Krankenhäuser bedarf es einer verstärk-
254 ten Verzahnung, um die Hausärztinnen und Hausärzte zu entlasten. Insbesondere muss die
255 ambulante Notfallversorgung sektoren-übergreifend ausgestaltet werden. So könnten die
256 integrierten Leitstellen als einheitliche Vermittlungsstellen für den Rettungsdienst und den
257 vertragsärztlichen Notdienst etabliert werden. Die Schaffung einer Anlaufstelle für die zent-
258 rale Vermittlung der angemessenen ärztlichen Versorgung ist nicht nur bürgerfreundlich; sie
259 vermeidet auch gefährliche Zeitverluste, unnötige Krankenhauseinweisungen und überflüs-
260 sige Notarzteinsätze.

261 Um die sektoren-übergreifende Versorgung im geschilderten Sinne zu fördern, müssen Bund
262 und Länder auf entsprechende Gesetzesänderungen hinwirken.

263 **b) Unterstützung sektoren-übergreifender Kooperationen durch die Landkreise**

264 Die Landkreise können sich an Netzwerken beteiligen, die im Rahmen des rechtlich Zulässig-
265 en sektoren-übergreifende Kooperationen praktisch fördern. Sofern Krankenhäuser in ihrer
266 Trägerschaft stehen bzw. im Rahmen ihrer beratenden Mitgliedschaft in den Bereichsaus-
267 schüssen für den Rettungsdienst, sind die Landkreise in besonderem Maße aufgerufen, auf
268 sektoren-übergreifende Kooperationen hinzuwirken. So können sie als Krankenhausträger
269 beispielsweise aktiv dazu beitragen, den vertragsärztlichen Notfalldienst in Räumlichkeiten
270 der Kliniken zu integrieren.

271 **5. Kurzfristiges Vorgehen gegen akute Versorgungsengpässe**

272 Kommt es in einzelnen Regionen zu akuten Versorgungsengpässen bei der ambulanten ärzt-
273 lichen Versorgung, hat die Kassenärztliche Vereinigung alle ihr zur Verfügung stehenden In-
274 strumente einzusetzen. Ergänzend können Außensprechstunden, die von Ärzten aus über-
275 versorgten Gebieten angeboten werden, oder Landarzt-Taxis, die Patienten zu entfernteren
276 Hausärzten bringen, die Situation übergangsweise entspannen. Des Weiteren kann es sich
277 als hilfreich erweisen, wenn man Engpässe im niedergelassenen Bereich nicht isoliert be-
278 trachtet, sondern die örtliche Arztversorgung im Gesamtkontext bewertet, also unter Be-
279 rücksichtigung des stationären Bereichs, der Palliativversorgung und der medizinischen Ver-

280 sorgung in Pflegeheimen. Bei einer solchen gesamthaften Betrachtung besteht die Chance,
281 dass man intelligente Lösungen findet, um den Ärztemangel effizienter zu bewältigen.

282 Es ist im Übrigen sinnvoll, bereits vorbeugend eine Struktur zu schaffen, die umgehend akti-
283 viert werden kann, wenn sich Versorgungsengpässe andeuten bzw. realisieren. Zielführend
284 ist daher die Einrichtung eines Koordinierungskreises auf Kreisebene unter Federführung der
285 Kassenärztlichen Vereinigung, an dem Kreiskliniken, Kreisärzteschaft, Bezirksärztekammer
286 sowie Gesundheitsamt beteiligt sind, und der bei Versorgungsengpässen im Landkreis unver-
287 züglich ein Krisenmanagement durchführt.

288 Die Landkreise sind bereit, Maßnahmen zur Überwindung kurzfristiger Entsorgungsengpässe
289 flankierend zu unterstützen.

290 **III. Patientengerechtes Krankenhauswesen**

291 Die stationäre Gesundheitsfürsorge in Baden-Württemberg wird nach wie vor ganz überwie-
292 gend von öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern getragen. Damit wird struk-
293 turell sichergestellt, dass sich die Versorgung der Patienten nicht vorrangig an Renditeerwar-
294 tungen, sondern am Grundsatz der Daseinsvorsorge orientiert. Um ein patientengerechtes
295 Krankenhauswesen zu erhalten, muss der gegenwärtige ordnungsrechtliche Rahmen im We-
296 sentlichen erhalten bleiben (1.); allerdings müssen die Krankenhäuser solider finanziert wer-
297 den (2.).

298 **1. Festhalten am bestehenden ordnungsrechtlichen Rahmen**

299 **a) Sicherstellungsauftrag der Kommunen, Krankenhausplanung des Landes, Kontrahie- 300 rungswang der Krankenkassen**

301 An der subsidiären Pflicht der Kommunen zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist
302 festzuhalten. Sie gewährleistet, dass im Sicherstellungsfall die entstandene Versorgungslü-
303 cke gemeinwohlverträglich geschlossen wird. Mit der Übertragung der Sicherstellungspflicht
304 etwa auf die gesetzlichen Krankenkassen würde der Wettbewerbsdruck aller Voraussicht
305 nach massiv erhöht. Im Wettbewerb miteinander stehende Krankenkassen sind aber nicht
306 dazu in der Lage, eine flächendeckende Versorgung mit Krankenhäusern sicherzustellen.

307 Abzulehnen ist auch die in jüngerer Zeit wieder intensiv diskutierte Rückkehr zur Monistik
308 bei der Krankenhausfinanzierung. Hierdurch würde die hoheitliche Befugnis der Länder zur
309 Krankenhausplanung zumindest drastisch beschnitten, da bei der Einführung der Monistik
310 die Steuerungs- und Einwirkungsmöglichkeiten des Landes weithin entfallen würden. Die
311 Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist aber eine öffentliche Aufgabe, für die das Land
312 die Verantwortung trägt. Ohne das Instrument der Investitionsfinanzierung hätte es keine
313 Steuerungsmöglichkeit und könnte seiner Verantwortung nicht gerecht werden.

314 Keine gangbare Alternative bietet ferner eine regionale, kreisbezogene Krankenhausplanung.
315 Denn um eine wirtschaftlich effiziente und qualitätsvolle Versorgung mit akut-stationären
316 Dienstleistungen sicherzustellen, muss es möglich sein, an den verschiedenen Kliniken unter-
317 schiedliche Leistungsschwerpunkte zu bilden. Für die Planung derartiger Leistungsschwer-
318 punkte ist die Ebene der Stadt- oder Landkreise ungeeignet. Hier bleibt das Land die richtige
319 Planungsebene.

320 Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern werden abgelehnt. Das Se-
321 lektiv-Modell gefährdet die stationäre Gesundheitsversorgung im Ländlichen Raum – mit
322 erheblichen Implikationen auch für den Rettungsdienst und die Notfallversorgung –, erhöht
323 unnötig die Bürokratiekosten der Krankenkassen, führt zu einem reinen Preiswettbewerb zu
324 Lasten der Patienten, schränkt ungerechtfertigt die freie Krankenhauswahl ein und befördert
325 das Entstehen eines oligopolistischen Marktes.

326 Mit dem Bekenntnis zum Sicherstellungsauftrag der Kommunen, zur Krankenhausplanung
327 durch das Land, dem Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit allen Plankrankenhäusern
328 sowie der freien Wahl des Krankenhauses durch die gesetzlich Versicherten spricht sich der
329 Landkreistag entschieden für die Beibehaltung des bisherigen Systems der stationären Kran-
330 kenversorgung aus.

331 Es fällt in die Kompetenz von Bund und Ländern, Verschlechterungen des ordnungsrechtli-
332 chen Rahmens des Krankenhauswesens zu verhindern.

333 **b) Kommunale Daseinsvorsorge durch öffentliche Krankenhäuser**

334 Vor dem Hintergrund ihrer subsidiären Pflicht zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung
335 begreifen die Landkreise öffentliche Krankenhäuser als unverzichtbares Element staatlicher
336 Daseinsvorsorge im Gesundheitsbereich. Einen Verkauf ihrer Kliniken an Private werden
337 Landkreise typischerweise erst dann in Erwägung ziehen, wenn eine kommunale Kranken-
338 hausträgerschaft im Hinblick auf die maßgeblich vom Bund zu vertretenden Rahmenbedin-
339 gungen haushaltswirtschaftlich nicht mehr vertretbar erscheint.

340 Gerade auch vor diesem Hintergrund sehen es die Landkreise als ihre Aufgabe an, durch po-
341 litische Einflussnahme darauf hinzuwirken, dass der ordnungsrechtliche Status quo im Kern
342 gewahrt bleibt und die übrigen Rahmenbedingungen im Sinne kommunaler Daseinsvorsorge
343 spürbar verbessert werden.

344 **2. Solide Finanzierung der Krankenhäuser**

345 Das Land muss seiner Verpflichtung, die Investitionskosten für Baumaßnahmen und Gerä-
346 teausstattung der Krankenhäuser zu tragen, in auskömmlichem Maße gerecht werden. Dazu
347 ist das Niveau der jährlichen Investitionsförderung dem tatsächlichen Bedarf anzupassen.
348 Des Weiteren muss durch Sonderbauprogramme der Investitionsstau von aktuell über 1 Mil-
349 liarde Euro aufgelöst werden. Um insgesamt mehr Planungssicherheit für die Krankenhäuser
350 zu erreichen, sollte im Rahmen der Krankenhausinvestitionsförderung die Pauschalförderung
351 gegenüber der Einzelförderung gestärkt werden.

352 Hinsichtlich der Betriebskostenfinanzierung muss erreicht werden, dass die Grundlohnsum-
353 menbegrenzung endgültig aufgegeben und der vom Statistischen Bundesamt errechnete
354 Orientierungswert als maßgeblicher Bestimmungsfaktor für die verordnungsrechtliche Be-
355 grenzung des Landesbasisfallwertes herangezogen wird. Die Verordnung, die den zu finan-
356 zierenden Anteil des Orientierungswerts festlegt, sollte von der Zustimmung des Bundesrats
357 abhängig gemacht werden.

358 Für die auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser tragen im investiven Bereich die Län-
359 der, hinsichtlich der Betriebskostenfinanzierung in erster Linie der Bund die politische Ver-
360 antwortung.

361 **IV. Effiziente Organisation der Notfallrettung**

362 Die Landkreise halten eine grundlegende Novelle des Rettungsdienstrechts für erforderlich
363 (1.). Hierbei muss insbesondere auch die Rettungsdienstorganisation überprüft (2.) und das
364 Thema der Hilfsfristen, das in der Bevölkerung für große Verunsicherung sorgt, konstruktiv
365 angegangen werden (3.). Die Landkreise haben gegenwärtig nur geringen Einfluss auf die
366 Organisation der Notfallrettung. Dies ist der Bürgerschaft nur schwer zu vermitteln. Die
367 Landkreise halten es daher für unausweichlich, stärker an den Entscheidungen im Rettungs-
368 dienstwesen beteiligt zu werden.

369 **1. Novelle des Rettungsdienstrechts**

370 Ziel der Novelle sollte die Harmonisierung der Strukturen im Bereich des Rettungsdienstes
371 und der ärztlichen Notfallversorgung unter Einbindung der in Brandschutz, Technischer Hilfe-
372 leistung, Rettungsdienst und Katastrophenschutz tätigen Stellen sein. Ein solcher integrativer
373 Ansatz, wie er bspw. mit dem Entwurf eines Hilfeleistungsgesetzes verfolgt worden ist,
374 macht auch dann Sinn, wenn es – was der Landkreistag ausdrücklich befürwortet – bei ge-
375 trennten Aufgabenträgerschaften bleibt. In diesem Zusammenhang sprechen wir uns dafür
376 aus, die Zuständigkeiten für die nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr in einem Ressort zu kon-
377 zentrieren. Dadurch lassen sich unnötige Reibungsverluste vermeiden.

378 Die auf Grund der demographischen Entwicklung geänderte Versorgungslage insbesondere
379 im Ländlichen Raum und der Rückgang der medizinischen und ehrenamtlichen Hilfskräfte
380 machen den Abbau von Doppelstrukturen und eine grundsätzliche Flexibilisierung der Not-
381 fallrettung erforderlich. So können in ein Hilfeleistungsgesetz etwa auch entsprechende Re-
382 gelungen aufgenommen werden, um das Hilfswesen in geeigneter Weise – und insbesonde-
383 re auch ohne Qualitätseinbußen – mit den Notdiensten der Kassenärztlichen Vereinigungen
384 zusammenzuführen.

385 Auch in Baden-Württemberg soll die 24h-Luftrettung ausgebaut werden.

386 Im Übrigen ist es ein Gebot der fairen Lastenverteilung, die privaten Krankenversicherungen
387 verstärkt zur Refinanzierung des Rettungsdienstwesens heranzuziehen.

388 **2. Reform der Rettungsdienstorganisation**

389 Im Zusammenhang der Novelle ist insbesondere auch die Rettungsdienstorganisation auf
390 den Prüfstand zu stellen. Sowohl auf der Planungsebene (Rettungsdienstplan und Bereichs-
391 plan) wie auch in organisatorischer Hinsicht bedarf es einer stärkeren Einbindung des Ret-
392 tungsdienstes in die allgemeine Gesundheitsplanung und -versorgung. Daneben zeigt sich,
393 dass die Bereichsausschüsse und die Leistungsträger vielfach nicht mehr in der Lage sind, die
394 Notarztversorgung ohne die Krankenhausträger sicherzustellen. Dies macht es unabdingbar,
395 die Stadt- und Landkreise in stärkerem Maße zu beteiligen. Auf der Ebene der Rettungs-
396 dienstbereiche ist die Beteiligung der Stadt- und Landkreise dadurch sicherzustellen, dass
397 ihnen dieselbe Zahl von stimmberechtigten Vertretern zuerkannt wird wie den Leistungs-

398 und Kostenträgern. Die Rechtsaufsicht über die Bereichsausschüsse soll bei den Landratsäm-
399 tern bzw. den Bürgermeisterämtern der Stadtkreise als unteren Verwaltungsbehörden ver-
400 bleiben.

401 **3. Neuordnung der Hilfsfristen**

402 Es ist an der Zeit, den baden-württembergischen Sonderweg zu verlassen und die doppelte
403 Hilfsfrist zu verabschieden. Dieser Prozess sollte wissenschaftlich begleitet und evaluiert
404 werden, um auf diese Weise ein dauerhaft hohes Niveau der Notfallrettung gewährleisten zu
405 können.

406 Des Weiteren muss erreicht werden, dass in Zukunft verstärkt nichtärztliches Personal in die
407 Notfallversorgung eingebunden wird. Die Vor-Ort-Hilfe kann nämlich auch durch entspre-
408 chend aus- bzw. weitergebildete Rettungsassistenten geleistet werden. Voraussetzung hier-
409 für ist eine insgesamt dreijährige Ausbildungszeit.

410 **V. Vorsorge als gesundheitspolitischer Schwerpunkt**

411 Die deutliche Zunahme chronischer Erkrankungen, der demographiebedingte Alterungspro-
412 zess und die sich verändernde Arbeitswelt machen eine Intensivierung vorbeugender Strate-
413 gien und Interventionen erforderlich. Die Gesundheitsstrategie des Landes, die u. a. an die
414 entsprechenden Erfahrungen und Initiativen der Kreisgesundheitsämter anknüpft, gibt eine
415 richtige Antwort auf diese Herausforderung (1.). Freilich kann ein neues, modernes Ver-
416 ständnis von Gesundheitsprävention auf kommunaler Ebene nur dann nachhaltig verankert
417 werden, wenn der Öffentliche Gesundheitsdienst vor Ort entsprechend qualifiziert gestärkt
418 wird (2.).

419 **1. Konsequente Fortführung der Gesundheitsstrategie**

420 Die Gesundheitsstrategie des Landes, die Lebensstiländerungen als Schlüssel zur Gesunder-
421 haltung und Sicherung eines dauerhaften Genesungserfolgs begreift, muss konsequent fort-
422 geführt werden. Durch sie erhalten Prävention und Gesundheitsförderung den Stellenwert,
423 der ihnen zukommt. Die Landkreise begrüßen es in diesem Zusammenhang ausdrücklich,
424 dass sich auch die neue Landesregierung hinter diese Gesundheitsstrategie gestellt hat.

425 Die Gesundheitsämter der Landkreise sind schon seit Längerem dabei, ihren Schwerpunkt
426 von der Individualmedizin in Richtung Bevölkerungsmedizin zu verlagern. Vor diesem Hinter-
427 grund ist es für die Landkreise nur folgerichtig, sich in der Gesundheitsstrategie zu engagie-
428 ren. Die Landkreise beteiligen sich an der Umsetzung der Gesundheitsstrategie, indem sie
429 kommunale Netzwerke (fort-)entwickeln, in denen die verschiedenen Akteure des Gesund-
430 heitswesens und der relevanten Lebenswelten präsent sind. Diese Netzwerke lassen sich
431 dabei etwa in Kommunalen Gesundheitskonferenzen organisieren.

432 Voraussetzung hierfür ist, dass sich innerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der
433 Wechsel von der individuell ausgerichteten Projektentwicklung zur geplanten Steuerung
434 gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen weiter konsequent vollzieht. Aus-
435 gangspunkt ist dabei die Gesundheitsstrategie des Landes, die zu einer regionalen Gesund-
436 heitsstrategie ausdifferenziert werden muss, damit sie praktisch umsetzbar wird. Zur Erfül-
437 lung dieser Aufgabe ist eine Gesundheitsplanung unabdingbar.

438 Der Öffentliche Gesundheitsdienst muss seine Präventionsarbeit vermehrt den neuen Gege-
439 benheiten anpassen und vermehrt planerische und steuernde Aufgaben wahrnehmen. Der
440 Schwerpunkt sollte künftig nicht mehr beim unmittelbaren Erbringen von Gesundheitshilfen
441 liegen, sondern auf dem Management dieser Leistungen und ihrer Qualitätsentwicklung.

442 Moderne Gesundheitsförderung und -planung gibt es allerdings nicht zum Nulltarif. Insbe-
443 sondere die Kommunalen Gesundheitskonferenzen und die von ihnen veranlassten Maß-
444 nahmen müssen, wenn sie zu einer nachhaltigen Implementierung der Gesundheitsstrategie
445 des Landes beitragen sollen, von diesem auch dauerhaft finanziell unterstützt werden. Gänz-
446 lich inakzeptabel wäre es in diesem Zusammenhang, wenn das Land im Bereich des Öffentli-
447 chen Gesundheitsdienstes Personalstellen abbauen würde.

448 **2. Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**

449 **a) Sicherung der Leistungsfähigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**

450 Strategien und Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention und zur Gesundheitsförderung
451 werden sich nur dann in dem erforderlichen Umfang weiter ausbauen lassen, wenn in den
452 Landkreisen ein hinreichend leistungsstarker Öffentlicher Gesundheitsdienst existiert. Auch
453 die flankierend-unterstützende Koordinierungs- und Netzwerkarbeit, die die Landkreise zu
454 leisten bereit sind, hängt maßgeblich davon ab, wie der Öffentliche Gesundheitsdienst auf-
455 gestellt ist.

456 Derzeit wird die Leistungsfähigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vor allem durch
457 drei Entwicklungen massiv beeinträchtigt: So trifft erstens der allgemeine Ärztemangel den
458 Öffentlichen Gesundheitsdienst doppelt hart, weil die Verdienstmöglichkeiten hier kaum
459 noch konkurrenzfähig sind. Zweitens wird es in der kommenden Zeit zu einem gewaltigen
460 Personalumbruch kommen, da in den nächsten zehn Jahren rund die Hälfte des Personals im
461 Öffentlichen Gesundheitsdienst ausgetauscht wird. Drittens konnte beim Aufgabenabbau
462 noch kein durchgreifender Erfolg erzielt werden.

463 In allen drei Bereichen müssen daher substanzielle Fortschritte erzielt werden. Andernfalls
464 wird es nicht möglich sein, den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Hinblick auf seine bevöl-
465 kerungspolitischen Aufgaben stärker zu positionieren.

466 **b) Stärkung der Attraktivität des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**

467 Es gibt sicher eine ganze Reihe nicht-pekuniärer Anreize, die den Öffentlichen Gesundheits-
468 dienst bereits heute attraktiv machen. Dazu gehören die Arbeitszeitgestaltung, die Verein-
469 barkeit von Beruf und Familie, der Beamtenstatus sowie die thematische Vielseitigkeit der
470 Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Sinnvoll ist es, diese Anreizmechanismen konse-
471 quent zu nutzen und weiter anzureichern. Dies gilt insbesondere auch im Hinblick auf die
472 Feminisierung des Arztberufs.

473 Allein jedoch mit nicht-pekuniären Anreizen wird es künftig nicht mehr möglich sein, qualifi-
474 ziertes Personal in ausreichendem Umfang für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu rekrui-
475 tieren. Insofern spricht sich der Landkreistag zum einen dafür aus, Medizinstudenten, die
476 sich auf eine spätere Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst verpflichten, dieselben
477 Vergünstigungen einzuräumen, wie sie für Medizinstudenten gefordert werden, die sich auf

478 eine Landarztztätigkeit in unterversorgten Gebieten verpflichten. Zum anderen wird man
479 nicht umhin kommen, die finanziellen Rahmenbedingungen für die Ärzte des Öffentlichen
480 Gesundheitsdienstes zu verbessern. So bedarf es insbesondere zusätzlicher Stellenhebungen
481 nach A 15, um auch im Falle einer reinen Fachkarriere eine angemessene Bezahlung gewähr-
482 leisten zu können.

483 Zur Attraktivität des Öffentlichen Gesundheitsdienstes würde es im Übrigen auch beitragen,
484 wenn die für Führungsaufgaben unabdingbare Weiterbildung zum Facharzt für öffentliches
485 Gesundheitswesen in Baden-Württemberg absolviert werden könnte.

486 **c) Bewältigung des Generationenwechsels im Öffentlichen Gesundheitsdienst**

487 Der sich in den kommenden Jahren im Öffentlichen Gesundheitsdienst vollziehende Genera-
488 tionenwechsel birgt erhebliche Risiken. Es ist daher dringend erforderlich, Einstellungskorri-
489 dore zu schaffen, damit der altersbedingte Personalumbruch bewältigt werden kann; damit
490 können auch die insbesondere bei kleineren Gesundheitsämtern fatalen Wirkungen der Stel-
491 lenbesetzungssperre gemildert werden. Des Weiteren sollte zur Gewinnung besonders quali-
492 fizierter Bewerber beispielsweise aus wissenschaftlichen Einrichtungen ein Direkteinstieg in
493 die Besoldungsgruppe A 15 ermöglicht werden.

494 **d) Aufgabenabbau im Öffentlichen Gesundheitsdienst**

495 Mit Rücksicht auf die zunehmende Arbeitsverdichtung ist es ausgeschlossen, dem Öffentli-
496 chen Gesundheitsdienst ohne Personalausgleich zusätzliche Tätigkeiten aufzuerlegen.

497 Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass der Anteil amtsärztlicher Gutachten an der ge-
498 samten ärztlichen Kapazität der Gesundheitsämter mit durchschnittlich 30% nach wie vor zu
499 hoch ist. Er muss zwingend reduziert werden. Der Landesgesetzgeber selbst hatte insofern
500 eine Reduktion auf unter 10% in Aussicht gestellt.

501 **e) Organisations- und Personalmaßnahmen der Landkreise zur Stärkung des Öffentlichen** 502 **Gesundheitsdienstes**

503 Durch eine Kooperation von zwei oder mehr Landkreisen lassen sich möglicherweise effizi-
504 entere Organisationsstrukturen realisieren als im Alleingang. Die Kooperation kann sich da-
505 bei durchaus auch auf einzelne Thematiken beschränken. Dies ist im Bereich der Tuberkulo-
506 se bereits heute der Fall.

507 Im Rahmen des gesetzlich Zulässigen müssen die Landkreise ferner klären, ob weitere Auf-
508 gaben, die derzeit noch von Ärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wahrgenommen
509 werden, ohne Qualitätseinbußen auf andere Fachberufe übertragen werden können. Insbe-
510 sondere ist nochmals intensiv zu prüfen, ob durch die Einbindung von Verwaltungsfachkräf-
511 ten ärztliche Ressourcen freigesetzt werden können. Vor allem sollten die Arbeitsabläufe in
512 der Gesundheits- und Versorgungsverwaltung systematisch daraufhin überprüft werden, ob
513 Ärzte nicht doch noch die eine oder andere administrative Tätigkeit miterledigen, die an sich
514 auch an Verwaltungspersonal delegiert werden könnte. Zu erwägen ist schließlich, ob im
515 Rahmen der Umsetzung der Gesundheitsstrategie des Landes nicht vermehrt andere Fach-
516 richtungen im Bereich der Gesundheitsplanung eingestellt werden sollten (z.B. aus den Be-
517 reichen Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Pflegewissenschaften, Gesundheits- und Sozial-
518 management).

519 **VI. Schlussbemerkung: Gesundheitspolitische Leitlinien als**
520 **Orientierungsrahmen**

521 Wer die Zukunft gestalten und die kommenden Entwicklungen nicht bloß erdulden will,
522 muss Vorstellungen haben, die das politische und verwaltungsmäßige Tagesgeschäft per-
523 spektivisch leiten und bestimmen. Auf dem vielfach unübersichtlichen, von widerstreitenden
524 Interessen geprägten Gebiet der Gesundheitspolitik ist dies vielleicht noch bedeutsamer als
525 in anderen Politikfeldern. Mit den vorliegenden Gesundheitspolitischen Leitlinien gibt sich
526 der Landkreistag daher einen Orientierungsrahmen.

527 Die Gesundheitspolitischen Leitlinien lassen keinen Zweifel daran, dass die Hauptverantwor-
528 tung für die Sicherstellung eines funktions- und zukunftsfähigen Gesundheitssystems auf
529 Kreisebene nicht bei den Landkreisen liegt. Die Landkreise werden sich insoweit auch stets
530 dagegen wehren, als Ausfallbürge für eine unzureichende Aufgabenerfüllung durch die ver-
531 antwortlichen Institutionen in Anspruch genommen zu werden. Stattdessen werden sie im
532 Gespräch mit den diversen Verantwortungsträgern und nötigenfalls auch durch entspre-
533 chende politische Aktionen darauf hinwirken, dass die zuständigen Stellen das Nötige veran-
534 lassen, um vor Ort eine effiziente Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

535 Soweit die Gesundheitspolitischen Leitlinien eigene Aufgabenfelder der Landkreise ausma-
536 chen, sollen diese weiterhin tatkräftig wahrgenommen und einem kontinuierlichen Verbes-
537 serungsprozesses unterworfen werden.

538 Die Gesundheitspolitischen Leitlinien werden bei Bedarf fortgeschrieben.