



**Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 17/1362**

An den
Vorsitzenden des Sozialausschusses
des Schleswig-Holsteinischen Landtages
Herrn Christopher Vogt
Düsternbrooker Weg 70

24105 Kiel

Kiel, 22.10.2010

Anhörung am 28.10.2010

- *Schriftliche Stellungnahme*

Sehr geehrter Herr Vogt,

vielen Dank für die Möglichkeit, im Rahmen der mündlichen Anhörung zur "Verbesserung der Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor" sowie zur "Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung" schriftlich Stellung zu nehmen.

Wir nehmen die Gelegenheit gerne wahr und fügen Ihnen die Stellungnahme der KGSH als Anlage bei.

Mit freundlichen Grüßen

Bernd Krämer
Geschäftsführer

Anlage

**Stellungnahme
der
Krankenhausgesellschaft
Schleswig-Holstein e.V.**

zur

**Anhörung des Sozialausschusses
des Schleswig-Holsteinischen Landtages**

am 28.10.2010

**1. Verbesserung der Kooperation im Bereich
der ambulanten Behandlung**

- Antrag der Fraktionen von CDU und FDP, Drucksache 17/530
- Antrag der Fraktion der SPD, Drucksache 17/554

2. Flächendeckende hausärztliche Versorgung

- Antrag der Fraktionen von CDU und FDP, Drucksache 17/261 (neu)
- Bericht der Landesregierung, Drucksache 17/443

Landespastorin
Petra Thobaben
Vorsitzende der
Krankenhausgesellschaft
Schleswig-Holstein e.V.
Feldstraße 75

24105 Kiel

1. Verbesserung der Kooperation im Bereich der ambulanten Behandlung

Vorbemerkungen

Beide Anträge setzen sich allgemein mit der Verbesserung der Kooperation im Bereich der ambulanten Behandlung sowie im Besonderen mit der Umsetzung des § 116b SGB V auseinander.

Das Ziel einer besseren Kooperation zwischen ambulantem und stationären Bereich wird von den schleswig-holsteinischen Krankenhäusern und ihrem Verband ausdrücklich unterstützt. Bereits heute arbeiten Krankenhäuser bei ambulanten Leistungen vielfach mit niedergelassenen Ärzten zusammen. Niedergelassene Fachärzte erbringen als Belegärzte stationäre ärztliche Leistungen. An vielen Krankenhäusern sind Arztpraxen und Ärztehäuser eingerichtet, die eng mit dem Krankenhaus kooperieren. Krankenhäuser sind häufig der Standort der ambulanten Notfallversorgungspraxis. Niedergelassene Ärzte nutzen Einrichtungen der Krankenhäuser für ambulante Operationen und Diagnostik. Die § 116b-Leistungen bieten besonders in Verbindung mit den Regelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes Möglichkeiten für Kooperationen bei einzelnen flankierenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen.

Wir teilen auch die Forderung nach einem Miteinander von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten "auf Augenhöhe". Handlungsbedarf besteht hier aus unserer Sicht, da die Krankenhäuser bei Fragen der Zulassung niedergelassener Ärzte bislang keinerlei Mitspracherecht haben, obwohl die Folgen einer verfehlten Bedarfsplanung in vielen Fällen von den Krankenhäusern mitzutragen sind. Demgegenüber wird die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) bereits seit je her an der Krankenhausplanung beteiligt. Dieses Ungleichgewicht sollte beseitigt werden.

§ 116 b SGB V / sektorenübergreifende Versorgung

Die bisher starre Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist seit langem als einer der zentralen Schwachpunkte des Gesundheitswesens erkannt worden. Seit mittlerweile zwei Jahrzehnten wurden unterschiedliche Ansätze zur Öffnung dieser Grenze unternommen.

Bereits im Jahr 2003 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten die „doppelte Facharztschiene“ kritisiert und empfohlen, die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten über die belegärztliche Versorgung hinaus zu verbessern und die Krankenhäuser für die spezialärztliche Versorgung (insbesondere bei hochspezialisierten Leistungen und auf Gebieten mit einem schnellen Wissensfortschritt) zu öffnen. Exemplarisch nennt der Rat die Onkologie, die hochspezialisierte, interdisziplinäre Leistungen im Bereich der Chemotherapie erforderlich macht.

Die Entscheidung über die in § 116 b SGB V vorgesehene Zulassung der Krankenhäuser war zunächst den gesetzlichen Krankenkassen vorbehalten. Unter dieser Rahmenbedingung lief die Regelung bundesweit nahezu vollständig ins Leere, da für die Krankenkassen fiskalische Überlegungen offensichtlich im Vordergrund standen.

Erst seit der Neuregelung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz entscheiden die Länder über Zulassung der Krankenhäuser im Rahmen des § 116 b SGB V. Mit dieser Änderung wurde ein wichtiger Schritt in Richtung des Tertiärbereiches im Sinne des Sachverständigenrates gemacht. - Zumindest hier in Schleswig-Holstein.

Schleswig-Holstein wird bei der Umsetzung des § 116 b SGB V bundesweit als Vorreiterland wahrgenommen. Und das zu Recht, denn nirgendwo sonst sind so viele Kliniken zur ambulanten Behandlung zugelassen worden. Von ca. 2.200 Anträgen der Krankenhäuser auf die Zulassung zur Erbringung der § 116b-Leistungen wurden von den zuständigen Landesbehörden bisher rund 500 bewilligt - in Schleswig-Holstein alleine über 100.

Offene Fragen im derzeitigen Rechtsrahmen

Das Verfahren der Abrechnung von Leistungen ist zwischen den Vertragsparteien Krankenhaus und Krankenkassen vollständig transparent.

Eine Überprüfung der Einhaltung vorgegebener Qualitätsmaßstäbe durch die zugelassenen Krankenhäuser erfolgt durch die Planungsbehörde.

Die Krankenhäuser haben keinerlei Interesse an einer Gefährdung der flächendeckenden fachärztlichen Versorgung. § 116 b SGB V stellt eine derartige Gefährdung auch nicht dar.

Beteiligtenstatus der KVSH

Die Kassenärztliche Vereinigung hat in Schleswig-Holstein den Status einer Beteiligten an der Krankenhausplanung. Sie gehört jedoch nicht zum Kreis der unmittelbar Beteiligten, mit denen die Planungsbehörde "Einvernehmen anzustreben" hat. Krankenhausplanerische Entscheidungen trifft die Planungsbehörde in jedem Fall vollständig eigenverantwortlich. Dabei sind sowohl Argumente der unmittelbar Beteiligten wie auch die der sonstigen Beteiligten zu berücksichtigen. Der Kreis der unmittelbar Beteiligten ist in Schleswig-Holstein mit den Krankenhäus-trägern (KGSH), den Sicherstellungsträgern (kommunale Verbände) und den Kostenträgern (GKV und PKV) nachvollziehbar und sinnvoll definiert.

Den unmittelbar Beteiligten steht weder ein Vetorecht zu noch kann durch ein einvernehmliches Votum der unmittelbar Beteiligten eine bestimmte Planungsentscheidung erzwungen werden. Planerische (Letzt-) Entscheidungen trifft nur die Planungsbehörde. Die Beteiligtenrunde ist lediglich ein Beratungsgremium.

Während die KVSH bereits jetzt über weitgehende Mitwirkungsrechte bei der Krankenhausplanung verfügt, sind die Krankenhäuser in Entscheidungen über die ambulante vertragsärztliche Versorgung bislang überhaupt nicht eingebunden. Aufgrund der unzweifelhaft notwendigen weiteren Vernetzung und Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wäre dies dringend notwendig. Zudem sind Krankenhäuser von Fehlern und Problemen der vertragsärztlichen Versorgung zum Teil massiv betroffen.

Nach Auffassung vieler Experten ist beispielsweise der Druck auf die psychiatrischen Abteilungen und Kliniken nicht zuletzt auf die nicht annähernd ausreichende vertragsärztliche Versorgung zurück zu führen. In besonderer Weise gilt dies für die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Mit großer Selbstverständlichkeit geht die Vertragsärzteschaft davon aus, daß Lücken und Mängel in der ambulanten Notfallversorgung insbesondere nachts und an den Wochenenden durch die Krankenhäuser geschlossen werden. Die Vergütung dieser Leistungen wird dabei von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband festgelegt. Faktisch ist dies ein Vertrag zu Lasten Dritter.

Qualitätsanforderungen an die Ambulanzen nach § 116 b SGB V

Die Krankenhäuser stellen sich den Anforderungen, die der Gemeinsame Bundesausschuß (GBA) aufgestellt hat in vollem Umfang. Dazu gehören Mindestmengen ebenso wie personelle und sachliche Ausstattungsmerkmale. Zudem sind interdisziplinäre Vorhaltungen nachzuweisen. Eine Überprüfung der entsprechenden Voraussetzungen erfolgt zur Zeit durch das MASG. Dabei ist der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) eingebunden.

Die durch den GBA aufgestellten "Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V" stellen einen sehr hohen Qualitätsmaßstab dar; die 130-Seiten umfassende Richtlinie ist unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/zur-richtlinie/43/> verfügbar. Zu berücksichtigen ist dabei, dass in den Gremien des Gemeinsame Bundesausschusses die Vertreter der Krankenhäuser durch Krankenkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung jederzeit überstimmt werden können.

Persönliche Leistungserbringung

Die Forderung nach einer persönlichen Leistungserbringung wird dem Aufbau eines Krankenhauses nicht gerecht. Während in der Praxis eines niedergelassenen Arztes dieser jeweils vollständig eigenverantwortlich handelt, verfügt eine Krankenhausabteilung über ein breites Qualifikationsspektrum unter der klaren Verantwortung der leitenden Ärzte, Oberärzte und Fachärzte.

Fazit

Gesetzgeberischen Handlungsbedarf im Rahmen des § 116 b SGB V vermögen wir nicht zu erkennen. Die Vorschrift hat sich in vollem Umfang als praktikabel erwiesen.

2. Flächendeckende hausärztliche Versorgung

Vorbemerkungen

Der Bericht der Landesregierung zur Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung bietet einerseits eine umfangreiche Bestandsaufnahme auf Basis von Statistiken, Studien und Versorgungsberichten der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) sowie in weiten Bereichen konsensfähige Handlungsfelder und -bedarfe. Andererseits enthält er politische Aussagen etwa zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die kritisch zu hinterfragen sind. Auch dann, wenn der Bericht der Landesregierung antragsgemäß nur einen Ausschnitt aus der Versorgungssituation in Schleswig-Holstein aufgreift, halten wir eine sektorenübergreifende Betrachtung für angezeigt, da Probleme interdependent auftreten. Dies betrifft insbesondere den Mangel an Fachkräften im Gesundheitswesen, in diesem Zusammenhang vornehmlich den bestehenden und den sich abzeichnenden Mangel an Ärzten.

MVZ

Wir begrüßen, daß die Landesregierung wenigstens MVZ als sinnvolle Ergänzung zur Sicherung der ärztlichen Versorgung anerkennt. Die Forderung nach einer Begrenzung der Krankenhäuser auf eine Minderheitsbeteiligung empfinden wir jedoch als ideologisch; sie geht offenbar von Behauptungen und falschen Voraussetzungen aus:

- MVZ stellen nach dem Willen des Gesetzgebers einen wichtigen Bestandteil der integrierten Versorgung dar, die dem Patienten eine Versorgung aus einer Hand bieten sollen. Im Sinne der Verzahnung der Versorgungssektoren wurden als Betreiber neben Ärzten auch bewußt Krankenhäuser sowie weitere Leistungserbringer, die an der Versorgung gesetzlich Krankensicherter teilnehmen, zugelassen.
- MVZ sind „Vertragsarztpraxen“. Sie unterliegen hinsichtlich Zulassung, Leistungsspektrum, Qualität und Vergütung (Regelleistungsvolumen) den identischen Bedingungen der niedergelassenen Arztpraxen.
- Es ist weder rechtlich möglich noch ersichtlich, daß „reine Kapitalgesellschaften“ (im Sinne von Private Equity-Kapital) Vertragsarztsitze übernehmen.
- Gerade in weniger dicht besiedelten Regionen wird durch die Gründung von MVZ die medizinische Versorgung aufrechterhalten. Die Alternative ist häufig die Schließung von Praxen.
- Insbesondere jungen Ärzten eröffnet das Angestelltenverhältnis in einem MVZ die Möglichkeit, Beruf und Familie besser vereinbaren zu können. Mehr als 60 Prozent der Medizinstudenten sind Frauen. Flexible Beschäftigungsformen in Krankenhaus-MVZ bieten Lösungen, Familie und Beruf besser in Einklang zu bringen und helfen, das knappe ärztliche Arbeitskräftepotential zu erweitern.
- Bei Beteiligungen von unter 50 Prozent würden vom Krankenhaus bezogene Leistungen durch Umsatzsteuer unnötig verteuert werden.

Eine Einschränkung der Zulassung von MVZ nur auf Vertragsärzte wäre daher nicht sachgerecht und würde die weitere Entwicklung der MVZ erheblich bremsen.

Ärztemangel

Die demografische Entwicklung führt zu einem wachsenden Bedarf an medizinischen Leistungen und damit an medizinischem Personal. Aber auch gesetzliche Bestimmungen, wie beispielsweise die Reform des Arbeitszeitgesetzes im Jahre 2004, und zunehmende Bürokratie, wie MDK-Prüfungen und G-BA-Beschlüsse führen zu einem steigenden Bedarf an medizinischem Fachpersonal. Hinzu kommt ein steigender Anteil an weiblichen Fachkräften mit einer höheren Teilzeitquote, wodurch die Kopfzahl der benötigten Fachkräfte deutlich steigt.

Allein in Schleswig-Holstein können derzeit rund 170 Arztstellen in den Krankenhäusern über einen Zeitraum von drei Monaten hinweg nicht besetzt werden. Die Tendenz ist steigend. Nach einer Schätzung der KGSH fehlen in den nächsten zehn Jahren bis zu 2.000 Ärzte im Land. Vom Ärztemangel betroffen sind die zunächst die Kliniken, da Neuzugänge hier im Wesentlichen ihre Weiterbildung absolvieren, in der Folge jedoch auch der ambulante Bereich, weil nicht genügend weitergebildete Ärzte verfügbar sein werden.

Die Gründe für den sich abzeichnenden Bedarf an Ärzten sind vielfältig. Einflußfaktoren für die Entwicklung der Arztzahlen in den nächsten Jahren sind insbesondere der Ersatzbedarf für aus der Versorgung ausscheidende Ärzte (altersbedingtes Ausscheiden), der Mehrbedarf an zusätzlichen Ärzten (aufgrund demographischer Entwicklung) sowie maßgeblich der erwartete Zugang neuer Ärzte (Absolventen aus dem Medizinstudium). Die Zahl der Neuzugänge variiert stark mit der Schwundquote im Medizinstudium. Bei einer derzeit als realistisch zugrunde zulegenden Schwundquote von ca. 30% würden im Jahre 2020 immer noch 1.200 Ärzte in Schleswig-Holstein fehlen.

Zur Behebung des Ärztemangels reichen Einzelmaßnahmen nicht aus. Notwendig ist ein ganzes Bündel an Maßnahmen, daß alleine von den Krankenhäusern nicht geleistet werden kann. Notwendig sind zusätzliche Maßnahmen wie etwa

- Überprüfung der Zugangskriterien zum Medizinstudium sowie Erhöhung oder Aufrechterhaltung der Studienkapazitäten;
- Erweiterung der Delegationsmöglichkeiten von Ärzten auf andere Berufsgruppen wie z. B. Dokumentationsassistenten, Case Manager, Chirurgie- und Anästhesieassistenten;
- Abbau von Bürokratie, um die vorhandene Ressourcen auf die Behandlung der Patienten zu konzentrieren etwa durch Reduzierung der MDK-Prüfungen, Rückübertragung des Zuzahlungsinkassos auf die Kostenträger sowie
- Überwindung der Sektorengrenzen, um verfügbare Ressourcen besser nutzen zu können, etwa durch Mitwirkung von Krankenhausärzten an der ambulanten fachärztlichen Versorgung sowie durch Mitwirkung von freiberuflichen Fachärzten an der Versorgung im Krankenhaus.

Für die Sicherung der Personalressourcen in Krankenhäusern von entscheidender Bedeutung ist aber auch die Möglichkeit der Krankenhäuser, ihre Kostensteigerungen, insbesondere die Personalkostensteigerungen, refinanzieren zu können. Die Krankenhäuser sind über erneute

im GKV-FinG vorgesehene Kürzungen durch Halbierung der Grundlohnrate und Mehrleistungsabschläge sehr besorgt. Die Signalwirkung des Bundesrates in seiner 575. Sitzung zur Aufrechterhaltung einer Option auf einen bundeseinheitlichen Basisfallwert ist zwar äußerst positiv zu würdigen, das Abstimmungsergebnis in der Länderkammer läßt jedoch erkennen, an welchem "seidenen Faden" die für Schleswig-Holstein unabdingbare Forderung hängt. Nach heutigen Gegebenheiten könnten die Kliniken im Land bei Einführung eines einheitlichen Preises auf rund 20 Mio. Euro mehr hoffen, allerdings erst in 5 Jahren. - Zu einem Zeitpunkt, in dem Probleme des Fachkräftemangels gelöst sein sollten.

Fazit

Die aktuelle Situation ist gekennzeichnet durch einen Mangel an Fachkräften und begrenzte finanzielle Ressourcen, die die zukünftige Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung in Schleswig-Holstein in Frage stellen. Dringend nötig ist es daher aus unserer Sicht, einerseits Maßnahmen zu ergreifen, um den Bedarf an Ärzten zu decken, andererseits aber auch bestehenden Versorgungsgrenzen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor abzubauen, um die knappen Personalressourcen effektiver nutzen zu können. Dazu bietet sich die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, aber auch die stärkere Mitwirkung freiberuflicher Fachärzte an der Patientenversorgung im Krankenhaus etwa als Honorar- oder Konsiliarärzte, über Teilzeitanstellungen am Krankenhaus, im Rahmen von Praxen oder MVZ auf dem Krankenhausbereich oder über den Ausbau und die Optimierung der belegärztlichen Versorgung an. Möglichkeiten dazu hat der Gesetzgeber geschaffen. Die Umsetzung der bestehenden Möglichkeiten setzt Aufgeschlossenheit aller Beteiligten und Transparenz über die unterschiedlichen Planungsbereiche des stationären und ambulanten Sektors voraus.

Für weitergehende Überlegungen zur Änderung des Status der KVSH wie auch für die Prüfung der Frage einer möglichen Aufnahme der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein in den Kreis der Beteiligten nach § 19 AG KHG schlagen wir vor, zunächst das Ergebnis der Sonder-GMK am 25.10.2010 zur Ausgestaltung und Präzisierung eines "sektorenübergreifenden Planungsgremiums" abzuwarten. Hierzu hatten die Gesundheitsminister der Länder bereits in ihrer Konferenz am 01.07.2010 einen grundlegenden Beschluß gefaßt (**Anlage**). Leider sind die "Akteure der Selbstverwaltung" bisher nicht, wie von der GMK beschlossen, in die Erarbeitung der Detailvorschläge zur Umsetzung der beschlossenen Ziele eingebunden worden.

Kiel, den 20.10.2010

83. Gesundheitsministerkonferenz 2010
Hauptkonferenz am 1. Juli 2010 in Hannover

TOP 5.1

**Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten
der Länder in der medizinischen Versorgung**

Beschluss:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder befürchten, ihren Verfassungsauftrag für eine allgemeine Daseinsvorsorge, zu dem auch die Gewährleistung einer allen Bürgern zur Verfügung stehenden umfassenden medizinischen Versorgung gehört, nicht mehr ausführen zu können. Durch den Konzentrationsprozess der Krankenkassen und die Tendenz zu Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern wird die Wahrnehmung dieser Aufgabe durch die Länder zunehmend erschwert.

Die Gesundheitsministerkonferenz fordert deshalb den Bundesgesetzgeber auf, bei den anstehenden Reformen im Gesundheitswesen folgende Aspekte zu berücksichtigen und die Länder in die Entwicklung entsprechender gesetzgeberischer Maßnahmen frühzeitig mit einzubeziehen:

1. Um den Problemen der aktuellen Bedarfsplanung zu begegnen, muss die Bedarfsplanung künftig:
 - die Demografie und Morbiditätsentwicklung berücksichtigen und sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren,
 - auf lokale Disparitäten angemessen reagieren, d. h. flexibel und kleinstrukturiert gestaltet werden und
 - sektorenübergreifende (Rahmen-)Planung ermöglichen.
2. Die Länder werden an den Beratungen des G-BA zu Fragen der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung (§ 92 Abs. 1 Ziff. 9 SGB V) und zu sektorenübergreifenden Qua-

litätsindikatoren zwingend mit beteiligt. Dabei erhalten die Länder bei den in ihrer Zuständigkeit liegenden Punkten ein Mitberatungsrecht. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.

3. Die Länder werden ermächtigt, ihre Beteiligungsrechte im Landesausschuss nach § 90 SGB V nach Maßgabe des Landesrechts auszugestalten und wahrzunehmen.
4. Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung ist künftig erforderlich. Die für die Bedarfsplanung in der ambulanten und stationären Versorgung zuständigen Gremien werden durch ein sektorenübergreifendes Gremium ergänzt. Die rechtliche Ausgestaltung wird im SGB V und das Nähere durch Landesrecht geregelt.
5. Alle Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern mit Auswirkungen auf das landesbezogene Versorgungsgeschehen sind unabhängig von der aufsichtsrechtlichen Zuständigkeit für die Kassen dem Land vorzulegen. Der Aufsichtsbehörde des Landes ist mit Blick auf Gesichtspunkte der Bedarfsplanung ein Beanstandungsrecht einzuräumen. Darüber hinaus steht ihr ein Initiativrecht auf Landesebene zu.
6. Die Kassen werden gesetzlich verpflichtet, für jede Kassenart einen Bevollmächtigten zu bestimmen, der mit Abschlussbefugnis für gemeinsam und einheitlich zu treffende Entscheidungen und Verträge auf Landesebene verantwortlich ist. Die Bevollmächtigten bilden eine Landesarbeitsgemeinschaft, die der Länderaufsicht unterliegt. Eine verbindliche Konfliktregelung zwischen den Bevollmächtigten ist notwendig, um eine Entscheidungsfähigkeit der Landesarbeitsgemeinschaften zu gewährleisten.
7. Um zukünftig Lösungen ohne Grundgesetzänderungen zu ermöglichen wird angeregt, in das Grundgesetz eine entsprechende Ermächtigungsklausel in Art. 87 Abs. 2 GG aufzunehmen, der durch folgenden Satz 3 ergänzt werden sollte:

„Durch Bundesgesetz, das der Zustimmung des Bundesrates bedarf, kann geregelt werden, unter welchen Voraussetzungen auch abweichend von den Sätzen 1 und 2 soziale Versicherungsträger zur Verwaltungszuständigkeit der Länder gehören.“

Die bestehende AG der GMK-Staatssekretäre wird beauftragt, unter Einbeziehung der Akteure der Selbstverwaltung kurzfristig Detailvorschläge zur Umsetzung der genannten Ziele zu erarbeiten und der GMK im Herbst vorzulegen.