

Manne Lucha MdL (Bündnis 90/Die Grünen Landtag Baden-Württemberg), Ursula Nonnemacher MdL (Fraktionsvorsitzende und Sprecherin für Gesundheit, Bündnis 90/Die Grünen Landtag Brandenburg), Dr. Kirsten Kappert-Gonther MdB (Obfrau im Ausschuss für Gesundheit, Bündnis 90/Die Grünen Bundestagsfraktion), Volkmar Zschocke MdL (Sprecher für Gesundheit, Bündnis 90/Die Grünen Landtag Sachsen), Babett Pfefferlein MdL (Sprecherin für Gesundheit, Bündnis 90/Die Grünen Landtag Thüringen), Maria Klein-Schmeink MdB (Sprecherin für Gesundheit, Bündnis 90/Die Grünen Bundestagsfraktion), Kordula Schulz-Asche MdB (Sprecherin für Pflegepolitik, Bündnis 90/Die Grünen Bundestagsfraktion)

Autorenpapier: Gesundheitsversorgung ländlicher Regionen verbessern – Verlässlichkeit und Zusammenhalt stärken

In den im Juli 2019 durch die Bundesregierung beschlossenen Maßnahmen zur „Umsetzung der Ergebnisse der Kommission ‚Gleichwertige Lebensverhältnisse‘“¹ werden Gesundheit und Pflege mit keinem Wort erwähnt. Dabei sind dies elementare Bedürfnisse der Menschen. Hier erwartet die Bevölkerung zu Recht eine Politik, die für verlässliche Angebote sorgt – auch und gerade auf dem Lande. Für viele Menschen in diesen Regionen rangiert der einfache Zugang zu einem Hausarzt in der Bedeutung noch vor Einkaufsmöglichkeiten oder Schulen. Doch besonders in ländlichen Regionen Ostdeutschlands nehmen viele Menschen eine Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung wahr. Junge Familien können keine Hebamme finden, vor Augenarztpraxen bilden sich lange Schlangen und Kinderärztinnen bzw. Kinderärzte werden zur Mangelware. Diese Entwicklungen erzeugen bei den Menschen in den ländlichen Räumen das Gefühl, zunehmend abgehängt zu werden und vom Radar der Politik zu verschwinden.

Gewiss, für diese Probleme gibt es keine einfachen Lösungen. Aber seit vielen Jahren werden behäbig die alten Rezepte bemüht: immer detailliertere Vorschriften und zentrale Vorgaben aus Berlin, die vielerorts an den Bedingungen vor Ort vorbeigehen, Vergütungsregeln, die falsche ökonomische Anreize weiter potenzieren, mangelnde Konsequenz beim Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Anders als etwa in Großbritannien, Dänemark oder Schweden wird Pflegekräften und anderen Gesundheitsberufen in der Gesundheitsversorgung hierzulande nur eine eher randständige Rolle zugebilligt. Zugleich setzt unser Gesundheitswesen nach wie vor viel zu wenig auf kooperative Versorgungsformen wie Gesundheitszentren in denen verschiedene Berufe unter einem Dach zusammenarbeiten können. Fachübergreifende Zusammenarbeit wird behindert und der ausschließliche Blick auf die jeweils eigenen wirtschaftlichen Interessen gefördert. Belohnt wird die möglichst zahlreiche Erbringung von Leistungen aber gerade nicht der gemeinsame Einsatz aller Beteiligten für den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit der Patientinnen und Patienten. Das wollen wir ändern.

Dieses alte und im Übrigen auch im europäischen Vergleich überkommene Denken hat schon in der Vergangenheit viel Schaden angerichtet. So wurden Ostdeutschland

¹ https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/themen/heimat-integration/gleichwertige-lebensverhaeltnisse/kom-gl-massnahmen.pdf?__blob=publicationFile&v=4

nach 1990 Strukturen und Regeln übergestülpt, die insbesondere für ländliche Räume ungeeignet waren und heute dort eine gute Versorgung erschweren. Aus ideologischen Gründen und wirtschaftlichen Interessen wurden beispielsweise kooperative Angebote wie Landambulatorien und Polikliniken eingestampft und die Gemeindeschwestern abgeschafft. Es ist keine Nostalgie zu sagen, dass der Westen sich zumindest in diesen Fragen etwas vom Osten hätte anschauen können. Denn ohne kooperative Versorgungsformen und eine geänderte Aufgabenteilung zwischen den Berufen in unserem Gesundheitswesen ist der demographische Wandel mit einem wachsenden Anteil älterer Patientinnen und Patienten nicht zu bewältigen – weder in ländlichen Regionen noch in Ballungsräumen. Die klassische Einzelarztpraxis, die ärztliche Einzelkämpferin oder der Einzelkämpfer sind keine hinreichenden Antworten auf die Zunahme chronischer Erkrankungen und im Übrigen auch nicht mehr attraktiv für junge Ärztinnen und Ärzte, zu wenig entspricht das Modell dem zunehmenden Wunsch nach mehr Flexibilität.

Viele engagierte Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte oder Therapeuten ächzen unter den Bedingungen in unserem Gesundheitswesen. Sie müssen zunehmend mehr leisten, haben aber immer weniger Zeit für ihre Patientinnen und Patienten. Das sprichwörtliche Hamsterrad führt zu steigender Arbeitsbelastung, Unzufriedenheit und gefährdet letztlich auch die Sicherheit der Patientinnen und Patienten.

Diese Erkenntnisse sind nicht neu. Der Sachverständigenrat für Gesundheit formuliert sie seit Jahren in beinahe jedem Gutachten. Allerdings verhalten die Empfehlungen des Rates weitgehend ergebnislos. Das Gesundheitswesen hat sich weitgehend immunisiert gegen notwendige Veränderungen. Doch die Probleme in den ländlichen und strukturschwachen Regionen nicht nur Ostdeutschlands dulden keinen Aufschub. Es genügt nicht, eine bessere Versorgung zu beschwören. Nötig ist ein echter Aufbruch mit wirksamen Schritten für mehr Zusammenarbeit und Vernetzung, für eine neue Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen und für eine Ökonomie, die dem Ganzen und nicht nur dem Einzelnen dient. Daran werden wir die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung messen, die bis 2020 Vorschläge vorlegen soll.

Regionale Handlungsmöglichkeiten ausbauen

Als wichtigen Schlüssel, um diese Ziele zu erreichen, sehen wir eine stärkere regionale Verantwortung für die Versorgung. Vor Ort in den Regionen gibt es das beste Wissen über die Gesundheitsprobleme in der Region und häufig auch passgenaue Ideen zu deren Lösung. Durch die gemeinsame Übernahme von Versorgungsverantwortung in der Region insbesondere durch Ärztenetze, Krankenhäuser, Krankenkasse, Gesundheits- und Pflegezentren oder Apotheken wollen wir das Interesse am gemeinsamen Handeln für die Gesundheit der Menschen fördern und das Sektorendenken überwinden. Durch Versorgungszentren und andere Gesundheitseinrichtungen in eigener Trägerschaft können Kommunen direkten Einfluss nehmen auf die Daseinsvorsorge vor Ort. Besser noch als andere Träger haben Kommunen die Möglichkeit, ihre eigenen Angebote und Aktivitäten beispielsweise von Gesundheitsämtern, beim ÖPNV, bei der digitalen Vernetzung sowie in der Gesundheitsförderung mit der Gesundheitsversorgung und der Pflege zu verknüpfen. Von großer Bedeutung ist überdies, dass die steuernde Funktion der Landesebene vor allem in Richtung einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung gestärkt wird. Hierfür müssen die Landesgremien nach §90a

SGB V genutzt werden. In diesen Gremien sollte auch die Pflege mit Stimmrecht vertreten sein.

Vorfahrt für Gesundheitsregionen

Es reicht jedoch nicht, sich eine sektorenübergreifende Versorgung in Gesundheitsregionen nur zu wünschen. Es bedarf wirksamer Anreize, um insbesondere Krankenkassen dazu zu bewegen, sich endlich für eine solche regionale Versorgung einzusetzen. Wir schlagen daher vor, dass Krankenkassen, die einen solchen Gesundheitsregionen-Vertrag mit regionalen Akteuren abschließen, für jeden ihrer Versicherten in dieser Region eine höhere Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Zugleich müssen die Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V aufgewertet werden. Sie sollen künftig verbindliche Entscheidungen für solche Gesundheitsregionen-Verträge in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen treffen können.

Die Gesundheitspolitik muss ein konkretes Ziel vorgeben: Bis zum Jahr 2025 sollen zehn Prozent der deutschen Bevölkerung in solchen Gesundheitsregionen versorgt werden. Damit würde ein starkes Signal gesetzt werden, dass Gesundheitsregionen, Vernetzung und Kooperation Vorfahrt in unserem Gesundheitswesen bekommen. Dabei muss auch Gesundheitsförderung und Prävention ein größerer Stellenwert eingeräumt werden.

Ländlichen Regionen gezielt helfen

Ländliche strukturschwache Regionen nicht nur aber besonders in Ostdeutschland benötigen darüber hinaus gezielte Hilfe vor allem beim Aufbau von Gesundheitsregionen. Daher schlagen wir vor, geeignete Akteurinnen oder Akteure vor Ort dabei zu unterstützen, Gesundheitsregionen zu gründen. Hierzu gehören etwa der Aufbau der notwendigen Managementstrukturen, Beteiligungsmöglichkeiten für die Menschen vor Ort, sowie die laufende Evaluation der Versorgungsqualität. Darüber hinaus sollte der barrierefreie Zugang zu Versorgungseinrichtungen, der Aufbau von bedarfsgerechten Angeboten der Primärversorgung, sowie passgenaue Konzepte für die Geburtshilfe und Hebammenversorgung gefördert werden. Diese Unterstützung wäre Bestandteil der von der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen vorgeschlagenen neuen Gemeinschaftsaufgabe Regionale Daseinsvorsorge für strukturschwache Regionen.

Neue Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen

Schritte zu einer anderen Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen stecken noch in den Kinderschuhen. Die Konzertierte Aktion Pflege der Bundesregierung enthält die Vereinbarung, einen Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich zu initiieren. Damit werden zwar richtige Ziel benannt, allerdings enttäuscht die Vagheit der Verabredung. Wir fordern daher mehr Verbindlichkeit und einen „Gipfel der Gesundheitsberufe“ zur Neuordnung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen. Ziel muss es sein, zügig eine entscheidende Weiterentwicklung der Berufsgesetze auf den Weg zu bringen, so dass etwa Poolkompetenzen geschaffen werden, die von mehreren Berufen ausgeführt werden können und dafür ausgebildete Pflegekräfte eigenständig Verantwortung für die Versorgung übernehmen dürfen. Schon die Ausbildung der Gesundheitsberufe muss darauf angelegt sein, Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen den verschiedenen Gesundheitsfachberufen wie Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften, Hebammen, Apothekerinnen und Apothekern sowie therapeutischen Berufen zu befördern.

Raus aus dem Hamsterrad

Die Bundesregierung hat sich auch vorgenommen, durch eine Kommission Vorschläge für eine Reform der ambulanten Vergütungssysteme entwickeln zu lassen. Doch es wird ausdrücklich offen gelassen, ob diese Vorschläge umgesetzt werden. Dies ist nicht befriedigend, denn es ist offensichtlich, dass die bestehenden Honorierungssysteme – übrigens auch im Krankenhausbereich – maßgeblich zu den Problemen in unserem Gesundheitswesen beitragen. Damit sie Teil einer Lösung werden, müssen die Honorierung und die von ihr ausgehenden ökonomischen Anreize auf den Prüfstand. Bei der rein akademischen Betrachtung des Status quo durch Kommissionen darf es nicht bleiben. Ziel muss es sein, Zusammenarbeit sowie den Einsatz für Gesundheitsförderung und Prävention zu fördern und Qualität statt Quantität zu belohnen. Das schafft auch einen Ausweg aus dem ökonomischen Hamsterrad, das viele Beschäftigte im Gesundheitswesen zunehmend demotiviert.

Gerade in unruhigen Zeiten haben die Menschen das Bedürfnis nach Konstanten, nach Solidarität, Zuwendung und Zusammenhalt. Wenn der Staat bzw. die Politik in der Wahrnehmung gerade von Menschen in ländlichen Regionen nicht mehr ausreichend in der Lage zu sein scheint, für verlässliche Angebote in der Daseinsvorsorge zu sorgen, berührt dies nicht nur ganz entscheidend die Lebensqualität in diesen Regionen. Es fördert auch Gefühle von Vernachlässigung, Benachteiligung und mangelnder Absicherung. Solche Empfindungen sind Nährboden für einen Populismus, der die Demokratie in diesen Regionen fundamental bedroht. In dieser Situation muss sich die Politik ihrer Verantwortung stellen. Sie muss auf die Ideen und das Engagement der Menschen vor Ort setzen, alte Rezepte über Bord werfen und Raum für Innovationen ermöglichen.