

Antrag

Initiator*innen: Landesdelegiertenrat (beschlossen am: 19.03.2022)

Titel: **Die Krise nicht hinnehmen – Gesundheitliche
Versorgung vor Ort sichern**

Antragstext

555 Die Krise der stationären Gesundheitsversorgung in Sachsen-Anhalt ist den
556 meisten bewusst und wird politisch diskutiert. Aber auch das System der
557 ambulanten Gesundheitsversorgung kommt aufgrund der demographischen Entwicklung
558 an seine Grenzen und benötigt Aufmerksamkeit und Weichenstellungen.

559 Nicht nur, dass die Bevölkerungszahl in Sachsen-Anhalt in den ländlichen
560 Regionen kontinuierlich sinkt und damit ein quantitatives Problem entsteht,
561 vielmehr erzeugen qualitative Veränderungen große Herausforderungen für die
562 Versorgung, weil multimorbide Patient*innen häufiger werden und gesundheitliche
563 Erkrankungen und Pflegebedarfe immer häufiger gemeinsam auftreten. Der
564 demographische Wandel macht auch vor den Ärzt*innen selbst nicht halt. Ihr
565 Durchschnittsalter steigt und absehbar werden viele Leistungserbringer*innen aus
566 dem System aussteigen, wodurch die Versorgungssituation zunehmend prekär wird.

567 Bereits manifest sind Versorgungsdefizite im Bereich der hausärztlichen
568 Versorgung. Auch gerade der wohnortnahe Zugang zu Kinderärzt*innen muss in
569 Sachsen-Anhalt garantiert sein und ist es immer weniger.

570 Absehbar wird es schwieriger Praxisnachfolger*innen zu finden, weil es sich
571 entweder abzeichnet, dass eine Einzelpraxis sich wirtschaftlich kaum trägt oder
572 - im umgekehrten Fall - aufgrund des Versorgungsmangels mit einem sehr großen
573 Zustrom an Patient*innen zu kämpfen haben wird und etwa viele
574 Bereitschaftsdienste sich abzeichnen, wenn die Zahl der Praxen in einer Region
575 sinkt.

576 Diese Effekte der Demographie werden durch einen zweiten Faktor befördert: Der
577 Trend bei jungen Ärzt*innen, statt auf eine eigene Praxis zu setzen lieber in
578 einem Angestelltenverhältnis zu arbeiten. Darauf deuten aktuelle Zahlen und
579 Befragungen. Hierauf gilt es politisch zu reagieren. Das klassische Bild
580 ärztlicher Einzelgänger*innen, die unermüdlich für ihre Patient*innen da sind,
581 erodiert. Viele junge Ärzt*innen präferieren ein ausgeglichenes Verhältnis
582 zwischen Beruf und Privatleben, was grundsätzlich zu begrüßen ist.
583 Selbstaubeutung soll nicht mehr handlungsleitend sein und darf nicht die
584 erwartete Grundlage politischer Bewertung der Versorgungssituation sein.

585 Hinzu kommt, in diesem Falle als möglicher Teil einer Lösung, die zunehmende
586 Professionalisierung der Gesundheits- und Pflegeberufe. Auch diese sägt am Ast
587 eines bisher ärztlich-zentrierten Gesundheitssystems. Einerseits aus dem
588 Erstarren der Profession selbst hergeleitet und begleitet von Entwicklungen wie
589 der Akademisierung und der Stärkung der Selbstvertretung durch beispielsweise
590 Pflegekammern. Andererseits aus der Not geboren, weil das ärztlich-zentrierte,
591 ambulante System die Versorgung mittelfristig nicht sichern können.
592 Akteur*innen wie die Kassenärztliche Vereinigung mit ihrem
593 Sicherstellungsauftrag sind daher genötigt, neue Wege zu gehen. Diese neuen Wege
594 gilt es von Seiten der Landespolitik einzufordern, aber insbesondere auch zu
595 unterstützen und zu begleiten.

596 Denn klar ist für uns BÜNDNISGRÜNE: Gesundheitsversorgung gehört zur
597 Daseinsvorsorge und ist integraler Bestandteil einer Gleichwertigkeit der
598 Lebensverhältnisse. Um diesen integralen Bestandteil wirklich zukunftsfest zu
599 machen, braucht es neue Ideen und vor allem die Partizipation und Zusammenarbeit
600 aller politischen und auch aller Akteur*innen im Gesundheitssystem
601 einschließlich der Patientenvertretungen.

602 Gesundheitliche Versorgung zur gemeinsamen Chefsache machen

603 Ein nebeneinander - im schlimmsten Fall gegeneinander - der Beteiligten an der
604 gesundheitlichen Versorgung darf es nicht mehr geben. Wir wollen regionale
605 Verantwortungsgemeinschaften befördern. Also den Zusammenschluss aller
606 relevanten Akteure der gesundheitlichen Versorgung, die sich dem gemeinsamen
607 Ziel einer bestmöglichen Versorgung in ihrer Region verschreiben. Von den
608 Patient*innen selbst, über die Kommunen mit ihren Gesundheitsämtern, den
609 Leistungserbringer*innen, den Apotheken, den Heilmittelerbringern, den Kassen
610 bis hin zu Vereinen und Verbänden sowie der kassenärztlichen Vereinigung. Im
611 Bereich der psychiatrischen Versorgung konnten wir diesen Weg durch die
612 gesetzliche Schaffung von gemeindepsychiatrischen Verbänden bereits beschreiten.

613 Einen solchen Kooperationszusammenhang im Bereich der ambulanten Versorgung

614 wollen wir durch die verbindliche Aufnahme von kommunalen Gesundheitskonferenzen
615 im ÖGD-Gesetz auf den Weg bringen. Solche Gesundheitskonferenzen sind keine
616 einmaligen, regionalen Fachkonferenzen, sondern angelegt als kontinuierliches
617 Arbeits- und Vernetzungsgremium mit den Gesundheitsämtern als Geschäftsstelle.
618 Deren erstarkte Stellung durch ihre prominente Rolle in der Pandemiebekämpfung
619 ist aufzugreifen und zu nutzen, um sie langfristig in der Kommune zum
620 gesundheitspolitischen Dreh- und Angelpunkt zu machen. Gesundheitskonferenzen
621 können bspw. beginnend etwa mit der Erarbeitung von kommunalen Gesundheitszielen
622 in Analogie zu den Gesundheitszielen des Landes ihre Tätigkeit beginnen.
623 Wichtige Aufgabe dieser Gesundheitskonferenzen wird es auch sein, bei sich
624 verändernden stationären Versorgungssituationen, durch Anpassungen im ambulanten
625 Bereich, zumindest teilweise Kompensation zu schaffen. Beim regionalen Wegfall
626 von Kliniken im Bereich Pädiatrie oder Geburtshilfe beispielsweise, sollte mit
627 einem Ausbau der Kassenarztsitze und geförderten Hebammenpraxen einer
628 Unterversorgung entgegengewirkt werden.

629 Verstärken wollen wir diesen kooperativen Ansatz durch die Förderung von
630 Gesundheitsregionen. Dafür wollen wir ein Modellprojekt des Landes auf den Weg
631 bringen. Beispielgebend ist dafür seit vielen Jahren das Projekt "das Gesunde
632 Kinzing-Tal" in Baden-Württemberg (<https://www.gesundes-kinzigtal.de/>). Verkürzt
633 gesagt wird eine Gesundheitskonferenz ergänzt durch eine Managementgesellschaft,
634 die für eine Gesundheitsregion eine Gesamtbilanz zieht zu Ausgaben und
635 Gesundheitsleistungen. Effizienzsteigerung heißt dann ausdrücklich nicht
636 Leistungsverknappung und damit Einsparungen, sondern beispielsweise die
637 erstmalige wirkliche Kennbarmachung von z.B. Wirkungen von Präventionsmaßnahmen.

638 Mit der Landarztquote hat das Land Sachsen-Anhalt einen guten Weg begonnen,
639 schon während des Studiums den Nachwuchs für ländliche Praxen zu sichern. Dieses
640 Instrument sollte ausgebaut werden und, wenn möglich, auch zur Sicherung der
641 fachärztlichen ambulanten Versorgung nutzbar gemacht werden.

- 642 • Novelle des ÖGD-Gesetzes zur Implementierung kommunaler
643 Gesundheitskonferenzen
- 644 • Aufwertung und Stärkung der Gesundheitsämter
- 645 • Landesförderung für ein Modellprojekt zu Gesundheitsregionen
- 646 • Kopplung der Landesgesundheitskonferenz an die kommunalen
647 Gesundheitskonferenzen
- 648 • Fortentwicklung der Gesundheitsziele des Landes mit Ausrichtung auf die

649 ländlichen Regionen

- 650 • Ausbau der Landärztin/Landarzt-Quote / Aufbau weiterer fachärztlicher
651 Bereiche

652 Professionen auf Augenhöhe

653 Das bisher wirkende Strukturprinzip der Arztzentrierung degradiert alle weiteren
654 Berufe im Gesundheitssystem zu Hilfs- und Zubringerberufen. Die Akademisierung
655 der Hebammenausbildung, die beginnende Akademisierung der Pflege, die neue
656 generalistische Pflegeausbildung, Einrichtung und Diskussion zur eigenständigen
657 Vertretung durch Pflegekammern aber auch Heilberufekammern heben aber aktuell
658 die Gesundheits- und Pflegeberufe peu a peu auf eine gleiche Augenhöhe.

659 Für uns BÜNDNISGRÜNE ist klar: Wir wollen eigenverantwortliche Professionen im
660 Bereich Gesundheit und Pflege, die auf Augenhöhe mit den Ärzt*innen in
661 multiprofessionelle Teams arbeiten.

662 Dies ist auch ein zentraler Strang emanzipativer Ansätze, denn der ärztliche
663 Berufsstand und die zuarbeitenden Pflegeberufe waren und sind durch eine
664 Geschlechterasymmetrie untersetzt. Männlicher Arzt. Weibliche Pflege. Rein
665 empirisch kippt dieses Verhältnis. Jetzt gilt es auch die Strukturelemente zu
666 überwinden, die eigenständige Pflege- und Gesundheitsprofessionen verhindern.

667 Als zentrales Element betrachten wir hier die berufliche Selbstverwaltung.
668 Qualitäts- und Kriterienkataloge sollen zukünftig ausschließlich aus der eigenen
669 professionellen Expertise heraus entwickelt und nicht länger durch Berufsfremde,
670 wenngleich aus benachbarten Berufsgruppen, definiert werden.

671 Diese Aufwertung betrachten wir auch als zentrale Maßnahme für die
672 Fachkräftegewinnung. Eine Profession mit einem gesunden Selbstvertrauen, mit
673 starken Interessenvertretungen und eben auch mit individuell möglichen
674 Karrierepfaden spricht weit mehr junge Menschen an, als das Bild der Pflege als
675 rein "dienende" und "aufopferungsvolle" Rolle.

676 Mit in Deutschland neuen Berufsfeldern zum Beispiel für die Pflege, wie dem
677 Community Health Nursing, wachsen auch die Möglichkeiten, Versorgungsdefizite
678 strukturell zu lösen. Von Gemeindeschwestern-Projekten wie „VERA“ über an Praxen
679 angebundene ambulante Fachpflege bis hin zu Prävention: es ist Zeit diese Ideen
680 aus dem Status von Pilotprojekten zum Teil der Regelversorgung zu entwickeln.

681 Konkret bedeuten Gesundheitsprofessionen in eigener Verantwortung zum Beispiel:
682 wir wollen den Direktzugang zu Leistungen der Gesundheitsberufe. Ärzt*innen
683 sollen nicht weiter Gatekeeper für diese Leistungen sein. Physiotherapeut*innen
684 oder Ergotherapeut*innen etwa sind dafür ausgebildet und fachlich in der Lage,
685 auf der Basis fundierter Diagnostik über den Behandlungsbedarf zu entscheiden.
686 Es ist überfällig und ressourcenschonend, diese Expertise anzuerkennen und die
687 Erstattung solcher Behandlungen nicht länger von einem ärztlichen Rezept
688 abhängig zu machen.

689 Beispielgebend ist hier die Versorgung durch approbierte Psychotherapeut*innen
690 und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. In diesem Bereich brauchen
691 wir wegen den Folgen der Pandemie zusätzlich einen Ausbau der
692 Versorgungsstruktur.

693 Wir sind der Überzeugung, dass durch Maßnahmen dieser Art auch das Profil der
694 ärztlichen Tätigkeit geschärft wird und Ärzt*innen sich wieder auf ihre
695 Kernkompetenz beziehen können, anstelle vielfach nur Überweisungen auszustellen.
696 Die ärztliche Ausbildung soll dabei explizit nicht zur Disposition gestellt
697 werden.

698 Das erfolgreiche Projekt der Hebammenkreißsäle ist ein gelungenes Beispiel aus
699 Sachsen-Anhalt. Entsprechend wollen wir dies ausweiten und im Land
700 flächendeckend ausrollen in den Krankenhäusern mit Geburtsstation. Für die
701 ambulante Versorgung muss dem Mangel an Hebammen durch Hebammenpraxen und der
702 Förderung freiberuflicher Hebammen im ländlichen Raum begegnet werden.

- 703 • Landespolitischer Einsatz für die Schaffung eigenständiger Professionen im
704 Bereich der Gesundheits- und Pflegeberufe.
- 705 • Initiierung einer Umfrage und Kampagne zur Einrichtung einer Pflegekammer.
- 706 • Aufnahme von Pflegeverbänden in das Gremium nach §90a SGB V
- 707 • Unterstützung von Vorhaben auf Landesebene zum Ausbau der Ansätze von VERA
708 & Co. (Gemeindeschwestern) und community health nursing und Einsatz für
709 ihre Integration in die Regelversorgung
- 710 • Mit Hebammenpraxen den erfolgreichen Ansatz des hebammengeleiteten
711 Kreißsaals im ambulanten Bereich ausbauen und ergänzen

712 Überwindung der ärztlichen Einzelpraxis

713 Medizinische Versorgungszentren, multiprofessionell besetzte, ärztliche Praxen,
714 von Kommunen bereit gestellte Praxisräume etwa für Rotationsprechstunden,
715 mobile Praxen, telemedizinisch unterstützte Leistungserbringung von Gesundheits-
716 und Pflegeberufen in der Fläche. All dies sind Formen der ambulanten
717 Gesundheitsversorgung, die es breit zu erproben und zu stärken gilt. Sie alle
718 ergänzen das Prinzip der ärztlichen Einzelpraxis in eigener Niederlassung. Um
719 die passende Form für die jeweiligen regionalen Bedarfe zu entwickeln, sind die
720 zuvor genannten Gesundheitskonferenzen geeignete Gremien, weil dort die
721 Sichtweisen, Informationsstände und Interessen aller beteiligten Akteur*innen
722 zusammenlaufen und im besten Falle abgestimmt werden können.

723 Im besten Falle werden die Kommunen zum Taktgeber dieser Entwicklung. Dies
724 wollen wir durch einen Landespreis unterstützen, in dem die besten Versorgungs-
725 und Präventionsideen nicht nur geehrt werden, sondern durch die öffentliche
726 Aufmerksamkeit auch zum Nach- und Noch-besser-machen animieren.

727 Große Hoffnungen werden, wie in allen Bereichen, auch im Bereich der
728 Gesundheitsversorgung in die Digitalisierung gesetzt. Mehr oder weniger
729 vielversprechende Projekte auf Bundesebene wie die Einführung der digitalen
730 Patientenakte oder das digitale Rezept sind noch nicht abgeschlossen und können
731 auf ihre Wirksamkeit daher noch nicht beurteilt werden. Die Digitalisierung der
732 Dokumentation im Pflegebereich sorgt bei den Anwender*innen oft eher für
733 Frustration. Deshalb ist es höchste Zeit, die Zukunftschancen, die in digitalen
734 Anwendungen im Gesundheitsbereich liegen, konzertiert hervorstellen und
735 nutzbar zu machen. Von telemedizinischer Unterstützung von Notfallversorgung und
736 Diagnostik über die tatsächliche Entlastung durch digitale Dokumentation bis hin
737 zu modernen Krankenhausinformationssystemen und der einfachen und sicheren
738 Kommunikation zwischen Leistungserbringern: es ist an der Zeit, Forschung,
739 Entwicklung und Kompetenzen zu bündeln und an einem Punkt nutzbar zu machen. Wir
740 fordern daher die Errichtung eines Landesentrums zur Digitalisierung im
741 Gesundheitswesens, das alle bisherigen Ansätze und Aktivitäten zum Beispiel an
742 der MLU oder das Projekt TGD (Translationsregion für digitalisierte
743 Gesundheitsversorgung) bündelt und ergänzt.

- 744 • Handlungsleitfäden für die Kommunen zur Errichtung kommunaler MVZ und
745 multiprofessioneller kommunaler Gesundheitszentren
- 746 • Ausschreibung des Landespreises "Innovative Versorgungsformen in
747 ländlichen Räumen" oder "Das gesunde Dorf"
- 748 • Einrichtung eines Landesentrums zur Digitalisierung im Gesundheitswesen

749 In der Medizin ist die Krise die sensibelste Krankheitsphase. Sie kann zur
750 endgültigen Katastrophe führen, oder durch glückliche Wendung die Genesung
751 bewirken. Politisch ist es nicht an Glück gebunden, die aktuelle gesundheitliche
752 Versorgungskrise zu lösen. Sondern an mutige und kluge Entscheidungen und
753 Weichenstellungen. Und die Zeit dafür ist spätestens jetzt.