

A5 Die Krise nicht hinnehmen - Gesundheitliche Versorgung vor Ort sichern.

Gremium: LFG Soziales
Beschlussdatum: 15.03.2022
Tagesordnungspunkt: 4. Anträge

Antragstext

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

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

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

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

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

224 Hinzu kommt, in diesem Falle als möglicher Teil einer Lösung, die zunehmende
225 Professionalisierung der Gesundheits- und Pflegeberufe. Auch diese sägt am Ast
226 eines bisher ärztlich-zentrierten Gesundheitssystems. Einerseits aus dem
227 Erstarken der Profession selbst hergeleitet und begleitet von Entwicklungen wie
228 der Akademisierung und der Stärkung der Selbstvertretung durch beispielsweise
229 Pflegekammern. Andererseits aus der Not geboren, weil das ärztlich-zentrierte,
230 ambulante System die Versorgung mittelfristig nicht sichern können.
231 Akteur*innen wie die Kassenärztliche Vereinigung mit ihrem
232 Sicherstellungsauftrag sind daher genötigt, neue Wege zu gehen. Diese neuen Wege
233 gilt es von Seiten der Landespolitik einzufordern, aber insbesondere auch zu
234 unterstützen und zu begleiten.

235 Denn klar ist für uns BÜNDNISGRÜNE: Gesundheitsversorgung gehört zur
236 Daseinsvorsorge und ist integraler Bestandteil einer Gleichwertigkeit der
237 Lebensverhältnisse. Um diesen integralen Bestandteil wirklich zukunftsfest zu
238 machen, braucht es neue Ideen und vor allem die Partizipation und Zusammenarbeit
239 aller politischen und auch aller Akteur*innen im Gesundheitssystem
240 einschließlich der Patientenvertretungen.

241 Gesundheitliche Versorgung zur gemeinsamen Chefsache machen

242 Ein nebeneinander - im schlimmsten Fall gegeneinander - der Beteiligten an der
243 gesundheitlichen Versorgung darf es nicht mehr geben. Wir wollen regionale
244 Verantwortungsgemeinschaften befördern. Also den Zusammenschluss aller
245 relevanten Akteure der gesundheitlichen Versorgung, die sich dem gemeinsamen
246 Ziel einer bestmöglichen Versorgung in ihrer Region verschreiben. Von den
247 Patient*innen selbst, über die Kommunen mit ihren Gesundheitsämtern, den
248 Leistungserbringer*innen, den Apotheken, den Heilmittelerbringern, den Kassen
249 bis hin zu Vereinen und Verbänden sowie der kassenärztlichen Vereinigung. Im
250 Bereich der psychiatrischen Versorgung konnten wir diesen Weg durch die
251 gesetzliche Schaffung von gemeindepsychiatrischen Verbänden bereits beschreiten.

252 Einen solchen Kooperationszusammenhang im Bereich der ambulanten Versorgung
253 wollen wir durch die verbindliche Aufnahme von kommunalen Gesundheitskonferenzen
254 im ÖGD-Gesetz auf den Weg bringen. Solche Gesundheitskonferenzen sind keine
255 einmaligen, regionalen Fachkonferenzen, sondern angelegt als kontinuierliches
256 Arbeits- und Vernetzungsgremium mit den Gesundheitsämtern als Geschäftsstelle.
257 Deren erstarkte Stellung durch ihre prominente Rolle in der Pandemiebekämpfung
258 ist aufzugreifen und zu nutzen, um sie langfristig in der Kommune zum
259 gesundheitspolitischen Dreh- und Angelpunkt zu machen. Gesundheitskonferenzen
260 können bspw. beginnend etwa mit der Erarbeitung von kommunalen Gesundheitszielen
261 in Analogie zu den Gesundheitszielen des Landes ihre Tätigkeit beginnen.
262 Wichtige Aufgabe dieser Gesundheitskonferenzen wird es auch sein, bei sich
263 verändernden stationären Versorgungssituationen, durch Anpassungen im ambulanten
264 Bereich, zumindest teilweise Kompensation zu schaffen. Beim regionalen Wegfall
265 von Kliniken im Bereich Pädiatrie oder Geburtshilfe beispielsweise, sollte mit
266 einem Ausbau der Kassenarztsitze und geförderten Hebammenpraxen einer
267 Unterversorgung entgegengewirkt werden.

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

277 Mit der Landarztquote hat das Land Sachsen-Anhalt einen guten Weg begonnen,
278 schon während des Studiums den Nachwuchs für ländliche Praxen zu sichern. Dieses

279 Instrument sollte ausgebaut werden und, wenn möglich, auch zur Sicherung der
280 fachärztlichen ambulanten Versorgung nutzbar gemacht werden.

281 • Novelle des ÖGD-Gesetzes zur Implementierung kommunaler
282 Gesundheitskonferenzen

283 • Aufwertung und Stärkung der Gesundheitsämter

284 • Landesförderung für ein Modellprojekt zu Gesundheitsregionen

285 • Kopplung der Landesgesundheitskonferenz an die kommunalen
286 Gesundheitskonferenzen

287 • Fortentwicklung der Gesundheitsziele des Landes mit Ausrichtung auf die
288 ländlichen Regionen

289 • Ausbau der Landärztin/Landarzt-Quote / Aufbau weiterer fachärztlicher
290 Bereiche

291 Professionen auf Augenhöhe

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

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

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

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

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

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

320 Konkret bedeuten Gesundheitsprofessionen in eigener Verantwortung zum Beispiel:
321 wir wollen den Direktzugang zu Leistungen der Gesundheitsberufe. Ärzt*innen
322 sollen nicht weiter Gatekeeper für diese Leistungen sein. Physiotherapeut*innen
323 oder Ergotherapeut*innen etwa sind dafür ausgebildet und fachlich in der Lage,
324 auf der Basis fundierter Diagnostik über den Behandlungsbedarf zu entscheiden.
325 Es ist überfällig und ressourcenschonend, diese Expertise anzuerkennen und die
326 Erstattung solcher Behandlungen nicht länger von einem ärztlichen Rezept
327 abhängig zu machen.

328 Beispielgebend ist hier die Versorgung durch approbierte Psychotherapeut*innen
329 und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. In diesem Bereich brauchen
330 wir wegen den Folgen der Pandemie zusätzlich einen Ausbau der
331 Versorgungsstruktur.

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

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

- 342 • Landespolitischer Einsatz für die Schaffung eigenständiger Professionen im
343 Bereich der Gesundheits- und Pflegeberufe.
- 344 • Initiierung einer Umfrage und Kampagne zur Einrichtung einer Pflegekammer.
- 345 • Aufnahme von Pflegeverbänden in das Gremium nach §90a SGB V
- 346 • Unterstützung von Vorhaben auf Landesebene zum Ausbau der Ansätze von VERA
347 & Co. (Gemeindeschwestern) und community health nursing und Einsatz für
348 ihre Integration in die Regelversorgung
- 349 • Mit Hebammenpraxen den erfolgreichen Ansatz des hebammengeleiteten
350 Kreißsaals im ambulanten Bereich ausbauen und ergänzen

351 Überwindung der ärztlichen Einzelpraxis

352 Medizinische Versorgungszentren, multiprofessionell besetzte, ärztliche Praxen,
353 von Kommunen bereit gestellte Praxisräume etwa für Rotationssprechstunden,
354 mobile Praxen, telemedizinisch unterstützte Leistungserbringung von Gesundheits-
355 und Pflegeberufen in der Fläche. All dies sind Formen der ambulanten
356 Gesundheitsversorgung, die es breit zu erproben und zu stärken gilt. Sie alle
357 ergänzen das Prinzip der ärztlichen Einzelpraxis in eigener Niederlassung. Um
358 die passende Form für die jeweiligen regionalen Bedarfe zu entwickeln, sind die
359 zuvor genannten Gesundheitskonferenzen geeignete Gremien, weil dort die
360 Sichtweisen, Informationsstände und Interessen aller beteiligten Akteur*innen
361 zusammenlaufen und im besten Falle abgestimmt werden können.

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

366 Große Hoffnungen werden, wie in allen Bereichen, auch im Bereich der
367 Gesundheitsversorgung in die Digitalisierung gesetzt. Mehr oder weniger
368 vielversprechende Projekte auf Bundesebene wie die Einführung der digitalen
369 Patientenakte oder das digitale Rezept sind noch nicht abgeschlossen und können
370 auf ihre Wirksamkeit daher noch nicht beurteilt werden. Die Digitalisierung der
371 Dokumentation im Pflegebereich sorgt bei den Anwender*innen oft eher für
372 Frustration. Deshalb ist es höchste Zeit, die Zukunftschancen, die in digitalen
373 Anwendungen im Gesundheitsbereich liegen, konzertiert hervorzustellen und
374 nutzbar zu machen. Von telemedizinischer Unterstützung von Notfallversorgung und
375 Diagnostik über die tatsächliche Entlastung durch digitale Dokumentation bis hin
376 zu modernen Krankenhausinformationssystemen und der einfachen und sicheren
377 Kommunikation zwischen Leistungserbringern: es ist an der Zeit, Forschung,
378 Entwicklung und Kompetenzen zu bündeln und an einem Punkt nutzbar zu machen. Wir
379 fordern daher die Errichtung eines Landeszentrums zur Digitalisierung im
380 Gesundheitswesens, das alle bisherigen Ansätze und Aktivitäten zum Beispiel an
381 der MLU oder das Projekt TGD (Translationsregion für digitalisierte
382 Gesundheitsversorgung) bündelt und ergänzt.

- 383 • Handlungsleitfäden für die Kommunen zur Errichtung kommunaler MVZ und
384 multiprofessioneller kommunaler Gesundheitszentren
- 385 • Ausschreibung des Landespreises "Innovative Versorgungsformen in
386 ländlichen Räumen" oder "Das gesunde Dorf"
- 387 • Einrichtung eines Landeszentrums zur Digitalisierung im Gesundheitswesen

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