

1 G-03

2 Antragsteller: UB Hochsauerlandkreis

3

4 Der Landesparteitag möge beschließen:

5

6 Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum sichern

7

8 Begründung

9 I Krankenhäuser/Kliniken

10

11 I.I Gesundheitsvorsorge in der Zukunft

12

13 Die Gesundheitsvorsorge in Deutschland wird zuneh-
14 mend belastet und in der Qualität gefährdet durch Fak-
15 toren wie den demographischen Wandel und die zuneh-
16 mende Tendenz zur Gewinnoptimierung in allen Berei-
17 chen des Gesundheitswesens durch über-wiegend pri-
18 vate Träger.

19

20 Diesen Entwicklungen muss entschieden gegengesteu-
21 ert werden.

22

23 Die medizinische Versorgung muss ausschließlich am
24 Bedarf des Patienten ausgerichtet sein. Dies erreicht
25 man am effektivsten durch die Beteiligung der öffentli-
26 chen Hand an allen größeren privaten Gesundheitsein-
27 richtungen oder deren Projekten.

28

29 I.I a Die ländliche Region

30

31 Die jüngere Vergangenheit hat gezeigt, dass staatli-
32 che Vorgaben im Gesundheitssystem, z.B. Bettenabbau
33 oder Mindestzahlen für Operationen, für ländliche Re-
34 gionen zum Teil verheerende Folgen haben. Daher ist in
35 Zukunft eine differenziertere Betrachtung der Regionen
36 erforderlich. Menschen auf dem Lande haben, ebenso
37 wie die Menschen in Städten und Ballungsräumen, ei-
38 nen Anspruch auf ein Krankenhaus, Haus- und Fachärz-
39 te sowie Pflegeeinrichtungen zur Versorgung in erreich-
40 barer Nähe. Da ein ÖPNV auf dem Lande nur begrenzt
41 vorgehalten wird, und die Mobilität mit zunehmendem
42 Alter immer problematischer wird, ist es hier besonders
43 wichtig eine ortsnahe Versorgung sicherzustellen.

44

45 I.I b Behandlung und Pflege in Krankenhäusern und Kli-
46 niken auf dem Land

47

48

49 Die wohnortnahe Versorgung ist eine zentrale Anforde-
50 rung an unser Gesundheitssystem. Es muss ein flächen-
51 deckendes Netz von Krankenhäusern geben, die die Pa-
52 tienten aus ihrem räumlichen Umfeld aufnehmen und
53 eine ausreichende „Grundversorgung“ garantieren. Fäl-
54 le die über die Grundversorgung hinausgehen und auch
55 eine fachübergreifende Behandlung erfordern, werden
56 an ein zentrales Schwerpunktkrankenhaus in der Regi-
57 on weitergeleitet. Nur noch Erkrankungen, die der Be-
58 handlung in Spezial- oder Uniklinken bedürfen, werden
59 aus der Region abgegeben.

Empfehlung der Antragskommission:

Annahme und Überweisung an SPD-Bundestags- und
Landtagsfraktion

60 Aus dieser Struktur lassen sich einige Maßnahmen für
61 die Zukunft ableiten:

62

63 Eine wohnortnahe Versorgung bedingt eine ausrei-
64 chende Dichte an Standorten.

65 In einem ersten Schritt sollten daher alle vorhandenen
66 Häuser in ihrem Bestand gesichert werden.

67 In einem zweiten Schritt muss es dazu kommen, dass
68 die jeweilige Region auf Versorgungslücken geprüft
69 wird, mit dem Ziel, diese Lücken zu schließen.

70

71 I.II Die wohnortnahe Versorgung

72

73 In allen Häusern müssen neben der Nah- und Grundver-
74 sorgung mindesten die Grundlagen für eine Erstversor-
75 gung vorhanden sein und vorgehalten werden.

76 Die neue G-BA-Regelung zur stationären Notfallversor-
77 gung: „Sichere Erreichbarkeit, verbesserte Qualität und
78 zielgenaue Finanzierung“ muss dahingehend klar er-
79 gänzt werden, dass die Erstfallversorgung auch für die
80 Häuser im ländlichen Raum weiterhin möglich ist. Denn
81 allein die Entfernungen im ländlichen Raum machen
82 dies erforderlich.

83

84 Jedes Haus erhält eine oder mehrere weitere Aufgaben
85 in Absprache mit den Kranken-kassen. Dafür werden
86 der Behandlungsschwerpunkt und der Behandlungs-
87 umfang fest-gelegt und dauerhaft dem Haus die aus-
88 reichenden Finanzmittel bereitgestellt. Sollte die Fest-
89 legung dieser Aufgaben für die vorhandenen Kranken-
90 häuser in der Region nicht auf freiwilliger Basis mit den
91 Krankenkassen möglich sein, muss die Festlegung von
92 staatlicher Seite erfolgen. Dabei kann es nur um medi-
93 zinische Versorgungsnotwendigkeiten gehen. Lokalpo-
94 litische Aspekte können und dürfen dabei keine Berück-
95 sichtigung finden.

96

97 In allen Häusern im Sauerland werden geriatrische Sta-
98 tionen und Stationen zur Weiterpflege sowie zur Kur-
99 zeitpflege eingerichtet. In diesen Häusern der Grund-
100 versorgung soll auch die Nachsorge und Pflege der Pa-
101 tientinnen und Patienten nach OPs erfolgen, die in an-
102 deren Häusern, z.B. in einem Schwerpunkt Krankenhaus
103 durchgeführt wurden.

104

105 Für die Kurzzeitpflege müssen ausreichende Kapazitä-
106 ten für Notfälle aus der ambulanten Pflege bereitge-
107 stellt und vorgehalten werden, denn die Zahl der älteren
108 Menschen, die zu Hause gepflegt werden, erhöht sich
109 ständig. Damit steigt der Bedarf für Kurzzeitpflegeplät-
110 ze in Notsituationen bei der ambulanten Pflege.

111

112 An allen Häusern sollen Notfallpraxen installiert wer-
113 den. Damit wird die Notaufnahme der Krankenhäuser
114 nachhaltig entlastet.

115

116 Die „Familiale Pflege“ sollte von allen Krankenhäusern
117 vorgehalten und angeboten werden. Um pflegende An-

118 gehörige auf die Pflegesituation zu Hause vorzuberei-
119 ten, müssen im Rahmen der „Familialen Pflege“ kos-
120 tenlos Pflugesstrainings und Pflegekurse, im Bedarfsfall
121 auch bei den Patienten zu Hause, mit individueller Be-
122 ratung und praktischen Hilfen angeboten und durchge-
123 führt werden. Die Refinanzierung muss durch die Kran-
124 kenkassen und/oder durch die Pflegekassen erfolgen.

125

126 I.III Schwerpunktkrankenhaus

127

128 In jeder Region wird ein Schwerpunktkrankenhaus ge-
129 bildet, das eine umfassende medizinische, klinisch-
130 stationäre Versorgung garantiert. In diesem Haus wer-
131 den alle schwierigen Operationen und Behandlungen
132 für die Region angeboten und durchgeführt.

133

134 Die klinische Versorgung in diesem Haus muss die Auf-
135 gaben wahrnehmen, die nicht in den anderen Häusern
136 der Region erledigt werden können. Die Ausstattung
137 des Hauses muss so sein, dass nur wenige Ausnahmen
138 bei der Behandlung schwerer Fälle in anderen Häusern,
139 wie Unikliniken und Spezialkliniken erfolgen müssen.

140

141 In diesem Schwerpunktkrankenhaus steht also die kli-
142 nische Versorgung im Mittelpunkt und nicht die Pflege
143 bzw. Nachsorge. Pflege und Nachsorge erfolgen in den
144 jeweils heimatnahen anderen Krankenhäusern im Sau-
145 erland.

146

147 I.IV Krankenhausfinanzierung

148

149 Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurde ein
150 erster kleiner Schritt in die richtige Richtung unternom-
151 men. Die Erwartungen sind allerdings groß:

152

- 153 • Bessere Versorgung des Patienten
- 154 • Entlastung des Pflegepersonals
- 155 • Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes durch
156 bessere Arbeitsbedingungen und Bezahlung
- 157 • Verbesserung der wirtschaftlichen Situation ge-
158 fährdeter Häuser

159

160 In einem zweiten Schritt muss eine differenzierte Finan-
161 zierung in den Regionen in Angriff genommen werden:

162

163 Krankenhäuser müssen auskömmlich finanziert wer-
164 den. Im Durchschnitt sind Krankenhäuser auf dem Land
165 kleiner als Kliniken in Ballungsgebieten und können
166 daher auch nicht so wirtschaftlich effizient handeln.
167 Es braucht daher „Aufschläge für Minder-mengen“ in
168 Form von höheren Fallpauschalen oder einer Abrech-
169 nung nach Aufwand.

170

171 Krankenhäuser müssen über Jahre verlässlich finanziert
172 werden. Kostensteigerungen, insbesondere bei Lohn
173 und Gehalt, sind jährlich zu berücksichtigen

174

175 Alle Finanzierungsanträge sind nur 1 mal für mehre-

176 re Jahre, und nicht mehr jährlich zu stellen, Abschlüsse
177 müssen regelmäßig, mindestens quartalsweise, erfol-
178 gen.

179
180 Ggfs. müssen die Krankenhäuser bis zu einer noch fest-
181 zulegenden Anzahl von Operationen etc. die tatsächlich
182 anfallenden Kosten erstattet bekommen. In keinem Fall
183 darf die Aufteilung eines bundesweiten Budgets auf die
184 Anzahl der durchgeführten OPs die Häuser im ländli-
185 chen Raum, mit ihrer geringeren Anzahl von OPs, finan-
186 ziell schlechter stellen.

187
188 Die Abrechnung der Leistungen mit den Kassen muss an
189 die arbeitsteilige Organisation der Krankenhäuser an-
190 gepasst werden.

191
192 Die Fallpauschalen müssen neu geordnet werden denn
193 nur so ist es möglich, eine Behandlung in einem an-
194 deren Haus fortzusetzen oder im Schwerpunktkranken-
195 haus zu operieren und im wohnortnahen Haus die Heil-
196 pflege durchzuführen.

197
198 Die Fallpauschalen müssen in der Zukunft endlich an
199 die tatsächlichen Bedürfnisse angepasst werden. Dabei
200 muss die Basis der Höhe der Pauschalen dringend auf
201 den Prüfstand, denn die Grundlage der aktuellen Daten
202 liegt mehr als zwei Jahre zurück.

203
204 Die in vielen Fällen geltende Gewinnmaximierung im
205 Gesundheitswesen und den Krankenhäusern ist abzu-
206 lehnen. An allen Einrichtungen des Gesundheitswesens
207 muss in Zukunft die öffentliche Hand mit 51 % beteiligt
208 werden.

209
210 **II Allgemeine ärztliche Versorgung**

211
212 II.1 Unterstützung und Sicherung einer ausreichenden
213 ärztlichen Versorgung durch die Kommunen

214
215 Die Kommunen sollen die Sicherstellung der ärztlichen
216 Versorgung – ähnlich der Unterstützung im Bildungs-
217 system – garantieren.

218
219 Dabei sollen insbesondere für junge Ärztinnen und Ärz-
220 te die Möglichkeiten eines kostengünstigen Erstein-
221 stiegs in die eigene Praxis ermöglicht werden. Dabei ist
222 den Gemeinschaftspraxen oder medizinischen Versor-
223 gungszentren der Vorzug zu geben.

224
225 Durch die Kommune:
226
227 soll die gesamte Infrastruktur dieser Arztpraxen, besser
228 Gemeinschaftspraxen, gestellt, vorgehalten und an die
229 Ärzte vermietet werden.

230
231 wird in den Anfangsjahren den Ärztinnen und Ärzten
232 das gesamte Paket, zeitlich gestaffelt, zu kostengünsti-
233 gen Bedingungen überlassen.

234 wird das notwendige Personal zum Betreiben der Pra-
235 xen eingestellt und den Praxen kostenpflichtig fest zur
236 Verfügung gestellt.

237

238 Zu diesem Personalstamm, der von der Kommune vor-
239 gehalten und den verschiedenen Praxen zur Unterstüt-
240 zung zur Verfügung gestellt wird, soll auch Personal ge-
241 hören wie z.B.

242 – Gemeindegeschwester plus od. Schwester AgnES

243 – Versorgungsassistentinnen der Hausarztpraxis
244 (VERAH)

245 – Entlastende Versorgungsassistentinnen (EVA)

246

247 Zur Sicherung der ärztlichen Versorgung gründen und
248 unterhalten die Kommunen verstärkt „Kommunale
249 Medizinische-Versorgungs-Zentren“. An diesen
250 MVZs können sich „Dritte“ beteiligen. Wobei der Anteil
251 der Kommune am MVZ 51 % betragen muss.

252

253 II.2 Attraktivitätssteigerung für die Ansiedlungen von
254 Ärzten, durch Verbesserung der allgemeinen Lebensbe-
255 dingungen.

256

257 Vereinbarkeit von Beruf und Familie und geregelte wö-
258 chentliche Arbeitszeiten, sind zum Beispiel wichtige
259 Faktoren, um Ärztinnen und Ärzte für medizinisch un-
260 terservierte Gebiete zu interessieren. Dazu gehören ne-
261 ben den Maßnahmen nach II.1 unter anderem auch:

262

263 – arbeitsplatznahe und ausreichende KITA-
264 Plätze mit Ganztagsbetreuung.

265 – wohnortnahe Schulen mit Ganztagsbetreuung

266 – ein gut ausgebauter öffentlicher Personennah-
267 verkehr (ÖPNV)

268 – ausreichende Sport, Freizeit, und Kulturange-
269 bote in der näheren, bzw. erreichbaren Umgebung.

270

271 II.3 Allgemeine Forderungen

272

273 für Arztpraxen in medizinisch strukturschwachen Ge-
274 bieten sind Gehaltszuschläge oder höhere Fallpauschalen
275 über die bereits vorhandenen Möglichkeiten hinaus,
276 zeitlich befristet, erforderlich.

277

278 an jedem Krankenhaus mit Diagnosezentrum sind
279 MVZs zu installieren die auf die Geräteinfrastruktur des
280 Krankenhauses zurückgreifen können und somit eine
281 schnellere und effektivere Behandlung im MVZ ermög-
282 licht wird.

283

284 Darüber hinaus ist je ein MVZ, abhängig von einer
285 zu definierenden Bevölkerungszahl, für klar definierte
286 Versorgungsstrukturen einzurichten. Diese MVZs sollen
287 von Kommunen, als AÖR oder privat (z.B. von Ärzten) be-
288 trieben werden.

289

290 Den Kommunen wird eine Mitsprache und Mitentschei-
291 dung über Ansiedlung bzw. Zulassung von Ärzten und

292 Arztpraxen eingeräumt.

293

294 Das Vergütungssystem für Ärztinnen und Ärzte muss
295 neugestaltet werden. Die Budgetierung von Leistungen
296 muss überdacht und verändert werden. Erbrachte not-
297 wendige ärztliche Leistungen, aber auch Pflegeleistun-
298 gen müssen immer auch bezahlt werden. Über die Not-
299 wendigkeit von Leistungen muss immer der Arzt im
300 Einvernehmen mit dem Patienten entscheiden. Es kann
301 sein, dass sich der Arzt gegenüber der Kasse rechtferti-
302 gen muss. Es kann aber nicht sein, dass eine Kasse ent-
303 scheidet, welche oder wie viele Leistungen erforderlich
304 sind, bzw. dem Arzt vergütet werden.