

Neue Wege gehen Für eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung in ländlichen Regionen

Fraktionsbeschluss 13. September 2010

Die Unterversorgung in manchen Regionen des Landes ist seit längerem Thema gesundheitspolitischer Debatten. Dabei wird die Perspektive häufig auf die ärztliche Berufsgruppe verengt. Ohne die Frage notwendiger Strukturreformen zu erörtern, werden vornehmlich Diskussionen über die Verteilung finanzieller Ressourcen geführt. Dabei gerät aus dem Blick, dass es nicht in erster Linie um mehr Geld oder mehr Ärztinnen und Ärzte geht. Vielmehr sollte die Frage im Zentrum stehen, welche Anforderungen ein an den Patientinnen und Patienten orientiertes Versorgungssystem vor dem Hintergrund der demographischen Veränderungen künftig zu erfüllen hat. Hier sind neben den Ärztinnen und Ärzten auch alle anderen Gesundheitsberufe wie beispielsweise Pflegekräfte, Psycho- und PhysiotherapeutInnen, LogopädiInnen, Entbindungspfleger sowie Hebammen gefragt.

Gerade in strukturschwachen ländlichen Regionen ist dies eine besondere Herausforderung, die zum Umdenken und auch zum Beschreiten neuer Wege zwingt. Unser Ziel ist dabei eine koordinierte, generationenspezifische und nach regionalen Bedürfnissen differenzierte Gesundheitsversorgung. Strukturschwache ländliche Regionen können dabei zu Impulsgebern neuer Entwicklungen werden.

1. Neue Anforderungen für Versorgungsstrukturen und Gesundheitsberufe

Die Versorgungsstrukturen insbesondere der Primärversorgung stehen vor vielfältigen Herausforderungen. Dabei dürfen die spezifischen Gegebenheiten der einzelnen Regionen nicht außer Acht gelassen werden, denn der demographische Wandel wirkt sich in den Bundesländern unterschiedlich aus. Vor allem in Ostdeutschland werden die Veränderungen jedoch früher und massiver eintreten. Es wird vornehmlich in strukturschwachen ländlichen Regionen mehr ältere, mehr chronisch kranke und mehr multimorbide Patientinnen und Patienten geben. Beispielsweise wird für die Region Mecklenburgische Seenplatte bis 2030 ein Anstieg des Anteils der über 65jährigen an der Gesamtbevölkerung auf 42 Prozent prognostiziert. Damit verbunden ist auch ein starker Anstieg von altersbedingten Erkrankungen wie etwa Demenz. Dem steht ein kontinuierlicher Rückgang der Bevölkerungsdichte gegenüber, in der genannten Region bis 2030 um bis zu 28 Prozent.

Auf diese Entwicklungen ist das Gesundheitswesen nur unzureichend eingestellt. Das betrifft einerseits die starren Strukturen der sektoral fragmentierten Versorgung. Andererseits sind aber auch die Gesundheitsberufe selbst zu wenig vorbereitet, weil sie nicht hinlänglich miteinander kooperieren und an überkommenen Hierarchien und Rollenzuweisungen festhalten.

So verlangt die zunehmende Zahl von älteren Menschen mit Mehrfach- oder chronischen Erkrankungen eine stärkere Einbeziehung aller Gesundheitsberufe, vor allem aber ein anderes Verständnis von Versorgung: weg von der Fokussierung auf einzelne Erkrankungen hin zur personenzentrierten Versorgung. Dafür sind nicht nur sektorübergreifende Behandlungsabläufe notwendig, es ist vor allem eine stärkere Kooperation der Gesundheitsprofessionen nötig. Auch dem Thema Prävention kommt eine besondere Bedeutung zu. Es sollte das Ziel sein, die Selbstständigkeit und die Lebensqualität von älteren Menschen möglichst lange zu erhalten.

Einen generellen Ärztemangel gibt es in Deutschland anders als vielfach behauptet nicht. Vielmehr existiert in manchen strukturschwachen Regionen ein Fachkräftemangel - im Übrigen nicht nur bei Ärztinnen und Ärzten. Das gilt beispielsweise für die hausärztliche aber auch, bezogen auf einige Fachgebiete, für die fachärztliche Versorgung. Der Altersdurchschnitt der Ärztinnen und Ärzte ist hier zudem ein wichtiges Indiz für künftige zu erwartende Versorgungsprobleme. So sind fast ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte in den neuen Bundesländern älter als 59 Jahre. Ähnliche Entwicklungen gibt es auch in Westdeutschland (zum Beispiel Westfalen-Lippe). Die generell sinkende Zahl von Hausärztinnen und

Hausärzten deutet auch auf ein schwindendes Interesse des ärztlichen Nachwuchses an einer hausärztlichen Tätigkeit im Allgemeinen und speziell in strukturschwachen Regionen hin. Es gibt zudem Hinweise auf eine insgesamt geringere Attraktivität des Arztberufes, was sich zum Beispiel darin äußert, dass ein großer Teil der Absolventinnen und Absolventen nach dem Medizinstudium nicht den Arztberuf ergreift.

Problematisch ist auch die Situation in der Pflege. So gibt es nicht nur einen Mangel an qualifizierten Pflegekräften sondern insbesondere in der Altenpflege eine vergleichsweise geringe Berufsverweildauer. Zudem wird der Bedarf an Pflegekräften in den nächsten Jahren weiter steigen. Derzeitige Schätzungen gehen von einem Anstieg von 760.000 in 2005 auf 2,2 Millionen bis zum Jahr 2050 aus. Auch die Abwanderung hoch qualifizierter junger Pflegekräfte aus strukturschwachen Gebieten in Regionen, in denen zum Beispiel höhere Gehälter gezahlt werden, ist ein kritischer Faktor. Das führt dazu, dass immer weniger Einrichtungen und Dienste in strukturschwachen Landstrichen noch in die Ausbildung von Pflegefachkräften investieren. Auch sind steigende Anforderungen an das Qualifikationsniveau der Pflegekräfte absehbar, auf die das Ausbildungssystem bislang nicht hinreichend eingestellt ist. In diesem Zusammenhang ist auch die Entscheidung über unterschiedliche Pflege-Mindestlöhne in Ost und West kontraproduktiv. Dies dürfte zumindest in den östlichen Bundesländern die „Flucht“ aus strukturschwachen Gebieten noch verstärken.

Die bislang praktizierte ärztliche Bedarfsplanung im ambulanten Sektor wird den Versorgungsanforderungen vor allem in strukturschwachen Regionen nicht gerecht. Da sie zu großräumig ist, werden einerseits Versorgungsmängel in Teilen dieser Regionen durch eine Überversorgung in anderen Teilen gedeckt, andererseits werden überregionale Versorgungsbeziehungen etwa im fachärztlichen Bereich unzureichend abgebildet. Problematisch ist zudem, dass die Bedarfsplanung keine übergreifende, an der Zahl, Sozialstruktur und der Morbidität der Bevölkerung orientierte Versorgungsplanung ist, sondern nur den ambulanten Sektor umfasst und lediglich undifferenziert eine bestimmte Arztzahl fortschreibt.

Nicht folgenloses Beklagen der Überversorgung in bestimmten Regionen oder der Unterversorgung in anderen Regionen, sondern echte Strukturreformen schaffen die Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung insbesondere in strukturschwachen Regionen. Diese Strukturreformen erfordern jedoch die Bereitschaft aller Akteure im Gesundheitswesen, sich auf Veränderungen einzulassen.

2. Gesundheitsversorgung am Patienten orientieren

Von zentraler Bedeutung ist die Überwindung der sektoralen Trennung. Wir wollen eine Weiterentwicklung der Strukturen in Richtung **regional organisierter Versorgungsverbünde**, in die alle an der Versorgung beteiligten Akteure integriert sind. Verträge der integrierten Versorgung bieten eine Möglichkeit, die Versorgungsverantwortung Sektoren und Professionen übergreifend zu organisieren. Etwas Derartiges wird beispielsweise im „Gesunden Kinzigtal“ in Baden-Württemberg realisiert. Ein solches integriertes Versorgungssystem hat nicht nur Kostenvorteile, es ermöglicht vor allem eine engere Kooperation und Koordination zwischen den Akteuren und eine Versorgungssteuerung aus einer Hand. So können im Interesse einer patientenorientierten Versorgung Informationsverluste reduziert und Versorgungsbrüche vermieden werden. Wir wollen diese Art der regionalen Versorgung daher etwa im Wege von wissenschaftlich begleiteten Modellregionen weiterentwickeln, bei der auch die Frage der Finanzierung für die teils recht hohen Anfangsinvestitionen geklärt werden soll. Zudem ist anzustreben, dass die Versorgungsverantwortung für alle Versicherten in den jeweiligen Regionen übernommen wird und nicht an den Grenzen der Kranken- und Pflegekassen halt macht. Bestehende Hürden für die **Beteiligung nicht-ärztlicher Akteure** im Rahmen der Integrierten Versorgung müssen abgebaut und effektivere Anreizstrukturen etabliert werden. So entsteht eine tatsächlich integrierte Versorgung, die alle an der Behandlung beteiligten Akteure gleichermaßen einschließt.

Dieses Verständnis von integrierter Versorgung ist eng gebunden an eine **Reform der Bedarfsplanung**. Unser Ziel ist es, sie von der reinen Arztplanung zu einem Instrument einer alle Gesundheitsberufe umfassenden regionalen Versorgungsplanung weiterzuentwickeln, sodass vorhandene Probleme besser sichtbar und künftige Bedarfe besser prognostiziert werden. Sie sollte vor allem bezogen auf die Primärversorgung kleinräumiger bzw. quartiersbezogen und sektorübergreifend werden. Im Hinblick auf fach-

ärztliche Versorgung sollen auch überregionale Aspekte einfließen. Wir wollen, dass in einer so weiterentwickelten und an der Morbiditäts- und Sozialstruktur der Region orientierten Versorgungsplanung auch die Kommunen und lokale Gesundheitsinitiativen eine starke Rolle spielen. Dies führt auch zu einer engeren Verzahnung von Versorgungsplanung, Prävention und einer gesundheitsförderlich ausgerichteten Kommunalpolitik. Gerade die oben geschilderten Versorgungsverbünde bieten die Chance einer auf die tatsächlichen örtlichen Versorgungsbedarfe abgestimmten Planung.

Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen muss auch zu einer **Weiterentwicklung der Primärversorgung** führen. Das schließt die bessere Kooperation und geänderte Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen ein – beispielsweise in Primärversorgungsteams. Solche Teams als Kern regionaler Versorgungsverbünde würden auch als zentrale Anlaufstelle für die Patientinnen und Patienten fungieren, die hausärztliche Versorgung übernehmen und die weitere Behandlung steuern. Gerade die Zunahme alter Patientinnen und Patienten, die häufig an Mehrfacherkrankungen leiden, machen in strukturschwachen Regionen in der Zukunft solche multiprofessionellen Teams nötig.

Entscheidungen über Versorgungsstrukturen in ländlichen Regionen bewegen sich aufgrund der zum Teil großen Entfernungen immer auch in einem Spannungsfeld zwischen einer wirtschaftlich gebotenen Konzentration und einer möglichst ortsnahe Versorgung.

Um eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten, bedarf es daher **flexibler dezentraler Strukturen** wie etwa Fahrdienste oder mobiler Praxisteams die durch Primärversorgungspraxen, ländliche Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste und Gesundheitszentren gestützt werden. So können auch in kleinen Orten regelmäßige Sprechstunden bzw. eine aufsuchende Beratungs- und Versorgungsstruktur sichergestellt werden. Zusätzlich müssen auch telemedizinische Verfahren und neue Informationstechnologien stärker genutzt werden. Studien zeigen, dass hiervon die Behandlungsqualität gerade auch bei älteren Menschen profitieren kann.

3. Neue Verantwortung für die Pflege

Zur Verbesserung der Versorgung muss unter den Bedingungen sich ändernder Krankheitsprofile wie beispielsweise die Zunahme geriatrischer oder demenzieller Erkrankungen, auch die bestehende Rollenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen hinterfragt werden. Speziell bei der zunehmenden Zahl chronisch kranker und/ oder psychisch erkrankter Personen, steht weniger die – zweifellos wichtige – medizinische Behandlung denn die Bewältigung des Alltages mit der Krankheit an erster Stelle. Die Bedeutung von **Beratung, Befähigung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten** im Zusammenhang mit der Krankheitsbewältigung wird zunehmen. Eine patientenorientierte Versorgung hat diesen Bedarfslagen Rechnung zu tragen. Eine nur einzelne Berufsgruppen berücksichtigende Perspektive reicht bei den komplexen Bedarfskonstellationen der Zukunft nicht mehr aus. Dies betrifft vor allem das Verhältnis zwischen ärztlichen Berufen, qualifizierten Pflegekräften sowie weiteren therapeutischen Berufen.

Anders als beispielsweise in Großbritannien (Advanced Nursing Practice), existiert in Deutschland bislang eine vollumfängliche ärztliche Zuständigkeit. Das bedeutet, dass bestimmte Tätigkeiten auch in der Pflege nur durch einen Arzt oder eine Ärztin ausgeübt bzw. verantwortet werden dürfen. Belege aus der Versorgungsforschung, die eine solche umfassende Beschränkung begründen würden, gibt es indes nicht.

Wir wollen daher die Weiterentwicklung der Pflege hin zu einem eigenständigeren Leistungserbringer vorantreiben. Besonders hierfür qualifizierte Pflegekräfte sollen nach einer speziellen (akademischen) Ausbildung künftig in die Lage versetzt werden, **größere Verantwortung** zu übernehmen. Die Erweiterung des pflegerischen Handlungsfeldes für diese speziell ausgebildeten Fachkräfte soll in bestimmtem Umfang das Recht zur Erkennung und Therapie von Erkrankungen sowie zur Überweisung umfassen.

Um Pflegekräfte solcherart stärker in die gesundheitliche Versorgung einzubinden und ihr Tätigkeitsprofil zu erweitern, sind jedoch Reformprozesse in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflege erforderlich.

Die künftigen Ärztinnen und Ärzte müssen ebenfalls diese neuen Formen der Zusammenarbeit erlernen und trainieren. Hilfreich dabei wären beispielsweise gemeinsame Lehrveranstaltungen. Auch im Be-

reich der innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung sollte, wenn dies inhaltlich möglich ist, eine Trennung der Berufsgruppen vermieden werden. Obwohl die Letztverantwortung in diesen Teams bei den Ärztinnen und Ärzten verbleibt, übernehmen sie stärker eine koordinierende und moderierende Funktion. Eine solche geänderte Rollenverteilung erfordert jedoch umfangreiche Klärungen etwa der Haftungsfragen und der Vergütung. Doch greift die Weiterentwicklung der Pflege allein in Richtung der Übernahme neuer Aufgaben zu kurz. Auch zwischen den Pflegekräften müssen die Aufgabengebiete neu ausstrukturiert werden. Die Versorgungsbedarfe strukturschwacher Regionen legen weitere Aufgabengebiete der Pflege offen, die nicht primär medizinischer Art sind. So erfordert beispielsweise die Versorgung der zunehmenden Zahl alleinlebender alter Menschen mit Unterstützungsbedarf eine besondere fachliche Qualifikation der Pflegekräfte. Hierbei geht es um die Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation und die Steuerung von Versorgungsprozessen, Aufgaben, die bspw. durch ausgebildete Case-Managerinnen und -Manager oder Family Health Nurses übernommen werden sollten.

4. Gezielte Ausbildung für strukturschwache Regionen

Es ist fraglich, ob die Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze zu einer Lösung der Versorgungsprobleme in strukturschwachen Regionen beitragen kann. Wir schlagen hingegen vor, die Versorgungsbedürfnisse dieser Regionen stärker in den Ausbildungsinhalten zu verankern.

So könnte künftig ärztliches Personal, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe schon ausbildungsbegleitend auf eine Tätigkeit in der Primärversorgung strukturschwacher Regionen vorbereitet werden – etwa auch durch Praktika in Hausarztpraxen, mobilen Rehabilitationsteams oder ambulanten Pflegediensten.

Wichtig im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung in strukturschwachen Gebieten ist zudem eine **Stärkung der Allgemeinmedizin im Medizinstudium** – in einem ersten Schritt etwa durch obligatorische Professuren für Allgemeinmedizin und deren hinreichende personelle Ausstattung. Für den nötigen Praxisbezug ist die starke Einbeziehung niedergelassener Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte Bedingung. Dies setzt allerdings die Klärung der damit verbundenen finanziellen Fragen voraus (Ausbildungsfinanzierung).

Programme in bestimmten Regionen der USA, in Schottland und Australien zeigen im Übrigen, wie durch systematische Studienbegleitung durch Praktika, Förderung und Mentoring von Studierenden aus strukturschwachen Regionen signifikant (auch auf längere Sicht) mehr Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner für unterversorgte Regionen gewonnen werden können.

Bislang gibt es auch in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung Probleme. So finden künftige Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte nicht immer ausreichend Weiterbildungsstellen. Solche Probleme können aber, wie schon heute beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern oder Bayern, durch **enge Kooperation** zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kliniken behoben werden.

Auch die notwendige verstärkte Kooperation und geänderte Aufgabenteilung der Gesundheitsberufe müssen sich bereits in der Ausbildung widerspiegeln. Bestandteil der Aus- und Weiterbildung sollte die Vorbereitung und Vertiefung teamorientierter und interprofessioneller Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitssystem sein. Neben der gemeinsamen Wissensvermittlung, könnte hierdurch auch die bisherige Hierarchiestruktur zwischen den Berufsgruppen frühzeitig vermieden bzw. abgebaut werden.

Um die Pflegeausbildung für Schulabsolventinnen und –absolventen attraktiver zu machen, müssen vor allem bestehende Informationsdefizite behoben werden. Es bedarf darüber hinaus eines ganzen Bündels von Maßnahmen, um mehr Bewerberinnen und Bewerber für Pflegeberufe zu gewinnen. Dazu gehören Weiterqualifizierungs- und Karrieremöglichkeiten in einem durchlässigen (Aus-) Bildungssystem, gute Arbeitsbedingungen, die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf und nicht zuletzt einer bessere und leistungsgerechte Bezahlung.

5. Bessere Arbeitsbedingungen für Gesundheitsberufe

Die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitswesens wird in hohem Maße durch die **Attraktivität der Gesundheitsberufe** und somit auch durch deren Arbeitsbedingungen bestimmt. Vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Arbeitswelt und eines wachsenden Frauenanteils steigt die Nachfrage nach flexibleren Arbeitszeitmodellen aber auch nach einer Tätigkeit im Angestelltenverhältnis. Hier ist vor allem die Selbstverwaltung in der Pflicht, die gesetzlichen Spielräume zu nutzen. Auch im stationären Bereich sind Veränderungen der Arbeitsabläufe nötig, um flexiblere Arbeitszeitmodelle zu ermöglichen.

Nicht unerheblich sind eine umfassende Mitbestimmung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen und Diensten. Durch eine gezielte **betriebliche Gesundheitsförderung** und Unterstützung bei besonderen Belastungen können ebenfalls bessere Arbeitsbedingungen erzielt werden.

Und nicht zuletzt spielt die Frage der **Vergütung** eine wichtige Rolle. Hier geht es uns nicht darum, die Honorare insgesamt zu steigern sondern zielgenauer zu verwenden und nach anderen Kriterien zu verteilen. Wir schlagen daher vor, bei der Vergütung der Primärversorgung künftig die Anzahl und die Morbidität der im Versorgungsbereich lebenden Versicherten zu berücksichtigen (Capitation). Dabei sollen sich auch Qualitätsverbesserungen auf die Vergütung auswirken. So lassen sich vorhandene Hamster- radeffekte begrenzen und Anreize zur Tätigkeit in unterversorgten Regionen schaffen. Zudem können abschreckende Wirkungen etwa durch Regressandrohungen bei der Arzneimittelverordnung vermieden werden.

6. Lebensbedingen in ländlichen Räumen verbessern

Nicht nur Akteure im Gesundheitswesen sind in der Pflicht, auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität vor allem in unterversorgten Regionen hinzuwirken sondern vor allem die Kommunen. Sie könnten stärker eine moderierende Rolle einnehmen, um notwendige Strukturänderungen anzustoßen oder zu begleiten. Sie können aber auch konkret die Versorgung verbessern, etwa indem sie **Räume für Praxen, Zweigpraxen oder mobile Teams** kostengünstig zur Verfügung stellen. Sie könnten für eine Anschubfinanzierung bei der Niederlassung sowie eine bedarfsgerechte verkehrliche Anbindung von Hausarztpraxen, Gesundheitszentren oder Krankenhäusern sorgen. Zudem haben es vor allem Bund, Länder und Kommunen generell in der Hand, die Lebens- und Arbeitsbedingungen in strukturschwachen Regionen zu verbessern. Dies schließt auch allgemein eine bedarfsgerechte Angebot von Einrichtungen der Daseinsvorsorge sowie gute Bedingungen für die Familien der in unterversorgten Regionen tätigen Gesundheitsberufe im Besonderen ein. Dazu zählen etwa eine ausreichende Kinderbetreuung, das Vorhandensein von Schulen und Arbeitsmöglichkeiten für Ehe- und Lebenspartner.

Damit die Kommunen diese vielfältigen Herausforderungen in der Daseinsvorsorge bewältigen können, müssen sie aus dem Teufelskreis steigender Ausgaben und sinkender Einnahmen durch eine **aufgabengerechte Finanzausstattung** befreit werden.