

Thesenpapier zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung (im ländlichen Raum) In der Reihe „Birnbäume für Brandenburg“

Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung mit ihren Angeboten (Kassenärztinnen und -ärzte, Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste und Pflegeheime u.v.m.) steht insbesondere im ländlichen Raum vor großen Herausforderungen: Einer alternden Gesellschaft steht ein demographie-bedingt immer geringer werdendes Angebot an Arbeitskräften gegenüber. Versorgungsangebote können daher in bisher gewohntem Umfang und Versorgungsform kaum oder nur mit großer Mühe aufrechterhalten werden. Eine weiter zunehmende Bürokratisierung bindet Personalressourcen in den Einrichtungen und erschwert zusätzlich einen sinnvollen Einsatz des vorhandenen Personals. Die staatlich geregelte Re-Finanzierung der noch vorhandenen Angebote wird zusehends schwieriger. Die Träger der ambulanten und stationären Versorgung geraten dadurch in wirtschaftliche Schwierigkeiten. Als Folge werden die Versorgungsangebote weiter ausgedünnt.

Bürgerinnen und Bürger nehmen diese Mängel in der Gesundheits- und Pflegeversorgung als Einschränkung der Daseinsvorsorge wahr. So stoßen beispielsweise Überlegungen von Krankenhausträgern, das Versorgungsangebot durch das Schließen bestimmter Kliniken oder Abteilungen aus wirtschaftlichen Gründen einzuschränken oder zu konzentrieren, auf erhebliche Widerstände in der Bevölkerung. Die hierfür besonders verantwortlich gemachte Kommunal- und Landespolitik hat weder hinreichende Gestaltungsmöglichkeiten noch die finanziellen Ressourcen, diesem Trend nachhaltig entgegen zu wirken. Es besteht die Gefahr, dass populistische Kräfte dies als Versagen des Staates thematisieren und vorrangig in von Veränderung betroffenen Standorten skandalisieren.

Basierend auf Vorschlägen aus Wissenschaft, Forschung, Praxis und Politik¹ sollten realistisch umsetzbare Lösungsansätze von den nachfolgenden Grundsätzen geprägt sein. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass der landespolitische wie -rechtliche Gestaltungsspielraum begrenzt ist: Mit Ausnahme der Krankenhaushausplanung und der Steuerung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und des Rettungsdienstes obliegt die Regelung der Sozialversicherung und der Berufe dem Bund. Die Umsetzung der komplexen sozialrechtlichen Bundesgesetze erfolgt vorrangig in den Strukturen der Selbstverwaltung und ihrer Gremien.

1. Transparenz und Beteiligung

Mit den von Veränderungsprozessen betroffenen Beschäftigten einer Versorgungseinrichtung und der hiervon berührten Bevölkerung muss frühzeitig, transparent und umfassend kommuniziert werden. Die Landesregierung Brandenburg muss zur Begleitung der anstehenden Krankenhausreform die Träger der betreffenden Einrichtung(en) und die kommunal Verantwortlichen in diesem Prozess nachhaltig und kompetent unterstützen, z.B. durch eine entsprechende Beratungsstruktur.

2. Bessere Steuerung/Navigation der Patientinnen und Patienten

Um bedarfsangemessene Allokationsentscheidungen vor Eintritt in das Versorgungssystem und damit eine Reduzierung der Selbstnavigation der Patientinnen und Patienten zu erreichen,

- a. sind Hausärztliche Praxen und (Allgemein)Medizinische Versorgungszentren als Koordinationspunkte in die ambulante (wie auch stationäre) medizinische Versorgung im Sinne einer hausärztlich zentrierten Versorgung (HzV) auszubauen
- b. sind Pflegestützpunkte als Zugangsorte -und im Bedarfsfall speziell qualifizierte Pflegefachkräfte- als verbindliche Zugangskordinatoren zu entwickeln
- c. ist die schon bestehende Zusammenarbeit zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB), den Krankenhäusern und ihren Trägern sowie den Einrichtungen und Trägern des

¹ So zum Beispiel:

Klie, Szepan, Ranft, Strukturreform Pflege und Teilhabe II - Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Beitrag zum pflege-politischen Reformdiskurs-, Hrsg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), 2021;

Bertelsmann-Stiftung, Neuordnung der Notfallversorgung, 2022;

Bundesgesundheitsministerium (BMG), Diverse Vorschläge der Regierungskommission für eine moderne und zukunftsgerechte Krankenhausversorgung, 2022/2023/2024;

Gruhl u.a., Zehn Reformvorschläge für ein zukunftsfähiges Gesundheits- und Pflegewesen, Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) m.w.N., 2023;

Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege, Fachkräfte im Gesundheitswesen – Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, 2024;

Deutscher Verein, Soziales zukunftsfest machen – Gute Pflege für alle sichern!, 2024.

Rettungsdienstes unter Einbeziehung der Krankenkassen im Sinne einer integrierten Notfallversorgung –unabhängig von bundesrechtlichen Reformvorhaben- zu intensivieren und weiter im Land auszurollen.

Begleitend dazu sind unter Koordination des Landes gemeinsam mit allen Akteuren der ambulanten und stationären Versorgung an in Betracht kommenden Standorten die Modellvorschläge eines Regionales Versorgungszentrum (RVZ) bzw. eines Primär-Ärztlichen Versorgungszentrums (PVZ), eines Level II-Krankenhauses und eines Regionalen Pflegekompetenzzentrums (RPKZ) vorbehaltlos zu prüfen und (modellhaft) umzusetzen.

3. Einfache und handhabbare Patientenpfade

Unter Koordination des Landes sind gemeinsam im engen Zusammenhang mit der Überarbeitung der Krankenhausplanung Brandenburg (und Berlin) mit der KVBB, den Krankenkassen, den Trägern von Krankenhäusern, den Kommunen, dem Land Berlin sowie weiteren Partnern sektorenübergreifende Planungskorridore in der ambulanten und stationäre Versorgung für das Land und seine fünf Versorgungsregionen zu entwickeln und abzustimmen. Dabei sollte ein einfaches und handhabbares Vier-Stufen-Modell zugrunde gelegt (Grundversorgung, Planbare Interventionen, schwere und langfristige Erkrankungen, lebenslange chronische Erkrankungen) sowie die Überlegungen zur Weiterentwicklung einer integrierten Notfallversorgung einbezogen werden (vgl. Ziffer 2 c.).

4. Reduzierung der Abrechnungsbürokratie und deren Fehlanreize

Das Land sollte zur Reduzierung der Abrechnungsbürokratie und deren Fehlanreize sich gemeinsam mit der KVBB, den Krankenhausträgern, den Verbänden von Pflegeeinrichtungen und –diensten sowie den Krankenkassen auf Bundesebene dafür einsetzen, dass

- die Kontakt- und Behandlungshäufigkeit, insbesondere im ambulanten Bereich reduziert wird
- ökonomische Fehlanreize in den Abrechnungsmodalitäten reduziert und die Vergütung primär an Komplexität und Dauer ausgerichtet wird
- sektorenübergreifender Abrechnungssysteme entwickelt und eingeführt werden
- die Vergütung- und Anreizsystematik im Rahmen der Reform der Notfallversorgung (Vergütung der Leerfahrten) überarbeitet wird
- eine Modul- oder Budgetfinanzierung in der Langzeitpflege nach dem SGB XI eingeführt wird.

5. Öffnung des ärztlichen Behandlungsmonopols

Das Land sollte zur Stärkung der Pflege- sowie der sonstigen Gesundheitsfachberufe und zur Entlastung der Ärzteschaft sich auf Bundesebene dafür einsetzen, dass ärztliche Aufgaben auf besonders qualifizierte bzw. akademisch ausgebildete Gesundheitsfachberufe im Rahmen des Berufsrechts (Pflegekompetenzgesetz) übertragen werden. Darüber hinaus steht das Land in der Pflicht, den Ausbau der akademischen Qualifizierungsangebote für die Gesundheitsfachberufe, insbesondere in der Pflege, weiter auszubauen und gemeinsam mit den Vertretungen dieser Berufe, den Trägern der Versorgung und den Kranken- wie Pflegekassen zukunftsträchtige Einsatzfelder in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im Land Brandenburg zu schaffen. Ferner sind Ansätze zur Etablierung neuer bzw. Ausbau vorhandener arztentlastender Versorgungsmodelle zu unterstützen.

6. Bündelung der pflegerischen Verantwortung

Das Land sollte im Rahmen der anstehenden Reformgesetze sich dafür einsetzen, dass sich die Erweiterung der berufsrechtlichen Handlungsspielräume der Pflege- und weiteren Gesundheitsfachberufen (vgl. Ziffer 5.) im Recht der Leistungsgewährung und Vergütung des SGB V und SGB XI widerspiegelt. Organisatorisch sollten Modelle der Stärkung von Pflegestützpunkten im Sinne von Pflegekompetenzzentren konkretisiert und in einzelnen Regionen umgesetzt werden. Der Pakt für Pflege ist zur Stärkung der Einbindung von Angehörigen bzw. des sozialen Umfeldes weiterzuentwickeln, z.B. durch Verknüpfung mit quartiers- oder regional-bezogenen Organisationsmodellen; zugleich sollte der Pakt auf landesgesetzlicher Grundlage gestellt und mit der Altenhilfestrukturplanung verknüpft werden.

7. Beschleunigung der Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegewesen

Die Landesregierung sollte die Umsetzung der Digitalisierungsstrategie des Bundesministers für Gesundheit im Gesundheits- und Pflegewesen mit folgenden Schwerpunkten unterstützen:

- Gesetzliche Festlegung der Schnittstellenstandards
- Weiterentwicklung der Telematik-Infrastruktur
- Ausrollen der elektronischen Patientenakte

Darüber hinaus muss die Landesregierung Brandenburg mit Nachdruck im Zusammenspiel von Gesundheits- Wissenschafts- und Digitalisierungspolitik das Konzept eines „Digitalen Leitkrankenhauses“ am Universitätsklinikum Lausitz/Cottbus in der Gesundheitsregion Lausitz mit allen Partnern vor Ort unter Berücksichtigung der Hinweise des Wissenschaftsrates konkretisieren und umsetzen.

Folgende **Handlungsbedarfe für die zukünftige Landesregierung Brandenburg** werden gesehen:

- a. Die Landesregierung Brandenburg muss nach der Landtagswahl zügig ihre gesundheitspolitischen Versorgungsziele standortbezogen klar und eindeutig mit und in den fünf Versorgungsregionen entwickeln und mit deren Umsetzung spätestens ab Mitte 2025 beginnen.
- b. Dabei sind die derzeit diskutierten Vorschläge für neue Versorgungsorganisationsformen (Regionale Versorgungszentren, Primärärztliche Versorgungszentren, Pflegekompetenzzentren, Integrierte Notfallzentren u.v.m.) als zukunftsfähige Lösungen für die Gesundheitsstandorte ergebnisoffen einzubeziehen.
- c. Begleitende Voraussetzung hierfür ist, dass durch den Bund bis spätestens 1. Quartal 2025 die entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen im Recht der ambulanten medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Krankenhausfinanzierung wie auch der Notfallversorgung geschaffen wurden.