

**KONZEPTE FÜR HESSEN:
MIT GRÜN GEHT'S BESSER**



**GESUNDHEIT IM
LÄNDLICHEN RAUM**

www.gruene-fraktion-hessen.de

**BÜNDNIS 90
DIE GRÜNEN**
LANDTAGSFRAKTION HESSEN



**KONZEPTE FÜR HESSEN:
MIT GRÜN GEHT'S BESSER**

**BÜNDNIS 90
DIE GRÜNEN**

LANDTAGSFRAKTION HESSEN



Hessen braucht neue Antworten auf die wichtigen gesellschaftlichen Fragen unserer Zeit. Die Grünen wollen Alternativen zur schwarz-gelben Politik aufzeigen und Antworten geben: mit innovativen, manchmal auch provokanten und für die Gesellschaft relevanten Konzepten.

Mit neuen Konzepten bekräftigen wir unseren selbstbewussten Anspruch, die ökologische, soziale und progressive Kraft der Linken Mitte zu werden. Es ist Zeit für grüne Konzepte, um Hessen fit für die Zukunft zu machen.



Unsere Maxime lautet deshalb: **Konzepte für Hessen – Mit Grün geht's besser!**

Frank Althoff

Fraktionsvorsitzender

www.gruene-fraktion-hessen.de

Beschluss vom 22.06.2010

Gesundheit im ländlichen Raum

I. Situation und Problembeschreibung

Auch wenn gesundheitspolitische Entscheidungen überwiegend in den Zuständigkeitsbereich des Bundesgesundheitsministeriums fallen, stehen Land und die Kommunen in der Verantwortung die ihnen zugewiesenen Aufgaben in der Gesundheitspolitik wahrzunehmen. Nach dem Hessischen Krankenhausgesetz ist die Gewährleistung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung durch leistungsfähige Krankenhäuser eine öffentliche Aufgabe des Landes, der Landkreise und der kreisfreien Städte. Die Rechtsaufsicht über die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen obliegt dem Gesundheitsministerium. Nach dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst obliegen die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes den Gesundheitsämtern. Auf diesen rechtlichen Grundlagen ist ein gesundheitspolitisches Agieren für Land und Kommunen möglich.

Die gesundheitliche – insbesondere die medizinische - Versorgung ist in Hessen sicherlich grundsätzlich nicht schlechter als in anderen Bundesländern. Dennoch bestehen aufgrund des demografischen Wandels und dem Wandel des Arztberufs auch in Hessen Probleme im ländlichen Raum, die medizinische Versorgung auf einem hohen Qualitätsniveau zu halten. Bereits heute ist ein starker Fachkräftemangel, beginnend bei Ärztinnen und Ärzten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, über qualifiziertes Pflegepersonal in der Kranken- und –Altenpflege bis hin zu Apotheken und anderen Dienstleistern, festzustellen. Die Vielfalt einer wachsenden Zahl von Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen erfordert zudem eine Anpassung auch des Gesundheitswesens an die sich verändernde Bevölkerung.

Die Gründe für die Versorgungsprobleme sind vielfältig: Mangelnde Arbeitsplätze führen zur Abwanderung Jüngerer in die Ballungsräume. Der Arztberuf wird zunehmend weiblicher; die traditionelle Landarztpraxis als „Familienbetrieb“ hat keine Zukunft; familienfreundliche Strukturen (von Kinderbetreuung bis hin zu Arbeitsmöglichkeiten des Partners) fehlen; die Finanzierung einer Praxis übersteigt die Möglichkeiten vieler jüngerer Ärztinnen und Ärzte. Entlohnung, Arbeitsbedingungen, fehlende Anerkennung und berufliche Aufstiegschancen in der Krankenpflege, insbesondere aber in der ambulanten Altenpflege, führen zu mangelndem Interesse an diesen Berufen. Die Gesundheitsämter wurden in den letzten Jahren in ihren Aufgaben und Möglichkeiten immer weiter ausgetrocknet.

Diametral entgegengesetzt dazu ist aufgrund der demografischen Altersentwicklung die Nachfrage nach Dienstleistungen im Gesundheitsbereich ständig steigend, und aufgrund der besonderen demografischen Entwicklung insbesondere im ländlichen Raum. Die Gesundheitsversorgung steht vor enormen Herausforderungen – von der Versicherung, über die Versorgung bis hin zur Gesundheitswirtschaft. Hessen braucht einen „Masterplan Gesundheit“. Mit unserem Konzept der „Gesundheit im ländlichen Raum“ liefern wir zur breiten Diskussion den ersten Baustein für diesen Masterplan.

II. Grüne Leitlinien

Um bestehende Ressourcen optimal zu nutzen, wollen wir die gesundheitlichen Versorgungsangebote miteinander vernetzen. Unser Ziel sind regionale integrierte Versorgungssysteme mit bester Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit nicht nur in der Stadt sondern auch auf dem Land.

Da es immer schwieriger wird, die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum sicherzustellen und die Verantwortlichen – Bundesregierung und Landesregierung – sich dieser Herausforderung nur zögerlich und bruchstückhaft stellen, bedarf es neuer Antworten, jenseits des Bedienens von Lobbys und der Vorrangigkeit berufsständischer Politik. Die Selbstverwaltung in der ambulanten Versorgung ist nicht mehr in der Lage auf die neuen Herausforderungen eine adäquate Antwort zu finden. Das Land muss „einspringen“ und den Aufbau neuer Strukturen initiieren.

Die marktorientierte Gesundheitsversorgung schafft bereits heute die Sicherstellung in einigen Gebieten des ländlichen Raums nicht mehr, so dass sich aus der staatlichen Gewährleistungsverantwortung heraus die Notwendigkeit des Handelns ergibt. Mit unserem Konzept bieten wir Lösungsstrategien für die Strukturfragen der gesundheitlichen Versorgung an, die von Land und Kommunen zu regeln sind. Dabei berücksichtigen wir sowohl bereits vorliegende Erfahrungen wie auch neue innovative Ansätze.

Unsere Leitlinien zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten sind:

- Ganzheitliche Gesundheitsversorgung in regionaler Vernetzung und Kooperation aufbauen
- Bessere Rahmenbedingungen für die im Gesundheitsbereich verantwortlichen Akteure schaffen
- Vorhandene Kompetenzen aufwerten und zu integrierten, ganzheitlichen Ansätzen der Gesundheitsversorgung zusammenführen
- Prävention und Gesundheitsförderung endlich zu einer festen Säule des Gesundheitswesens ausbauen
- Unterstützung des Landes auf strukturelle Förderung statt finanzieller Förderung einzelner Angebote konzentrieren
- Kommunale Krankenhäuser als Bestandteil der Daseinsvorsorge erhalten

1. Das „Haus der Gesundheit“ als Leitstelle ganzheitlicher Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – Gesundheitsämter der Kommunen aufwerten

In ländlichen Gebieten mit zurückgehenden Bevölkerungszahlen, Wegzug jüngerer Menschen, gleichzeitigem Älterwerden der verbleibenden Bevölkerung und kleinräumig sehr unterschiedlichen Entwicklungen ist eine wohnortnahe Versorgung durch ein gemeinsames strukturiertes Vorgehen der verschiedenen Akteure und Träger zu bewerkstelligen. Dies

bietet zugleich die Chance für neue Modelle der Gesundheitsversorgung, bei der die Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger im Vordergrund stehen. Im Rahmen der Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für das Land Hessen werden die kommunalen Gesundheitsämter in ihrer Verantwortung für die gesundheitliche Daseinsvorsorge aufgewertet. Sie werden zentrale Anlaufstelle für die Gesundheitsförderung sowie die Koordination der Krankenversorgung und erhalten den Namen „Haus der Gesundheit“. Dort werden die Bürgerinnen und Bürger durch die in der Region vorhandenen gesundheitlichen Dienstleistungsangebote geführt. Die Häuser der Gesundheit werden verpflichtet, ihre eigenen Kompetenzen mit anderen Akteuren sowohl im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention als auch im Bezug auf eine integrierte ärztliche und pflegerische Versorgung im ambulanten und stationären Bereich miteinander zu vernetzen.

1.1. Multiprofessionelle Kooperation und Vernetzung

Das „Haus der Gesundheit“ organisiert und strukturiert die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Einrichtungen und Professionen im Gesundheitssektor und vernetzt die Angebote mit sozialen Instanzen, wie Jugendhilfe, Kindergärten und Schulen, Familienzentren. Dabei sind weitergehende Kooperationen mit anderen Bereichen, z.B. dem Wohnungsbau, der Verkehrsplanung, etc. sinnvoll.

Dies geschieht durch die Vereinbarung von gemeinsamen Gesundheitszielen durch Beteiligung möglichst aller Akteure vor Ort. Damit sich auch die niedergelassenen Ärzte, v.a. aber die zum Teil gut funktionierenden Ärztenetzwerke, an diesen Konferenzen beteiligen, werden Anreizsysteme innerhalb des Vergütungssystems der kassenärztlichen Vereinigung für sinnvoll gehalten.

Durch die Einbettung der Gesundheitsämter/ „Haus der Gesundheit“ in die kommunale Struktur können spezielle Programme die Rekrutierung von Fachpersonal erleichtern (Arbeitsbedingungen, Kinderbetreuung, Unterstützung bei der Jobsuche für den Partner oder die Partnerin, Fort- und Weiterbildungsverbände, sonstige Stärken und Angebote in der Region).

Auf dieser Netzwerkarbeit aufbauend, ist eine Kreis-übergreifende Kooperation (in Anlehnung an die Versorgungsgebiete der Krankenhausplanung) und auch Land-übergreifende Kooperation (z.B. Gesundheitsregion Rhein-Neckar) anzustreben.

1.2. Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention

Eine weitere Aufgabe des „Haus der Gesundheit“ wird die aktive und systematische Entwicklung von multiprofessioneller Gesundheitsförderung in Kooperation mit möglichst vielen Akteuren (Schulen, Betriebe, Pflegeeinrichtungen, aber auch Selbsthilfe und Vereine) in der Region. Alle Angebote, die gesundes Leben erleichtern, werden vom „Haus der Gesundheit“ in Bezug auf die Gesundheitsziele bewertet und entsprechend beworben. „Menschen stark machen und informiert eigene Entscheidungen treffen“ ist das Motto, nicht aber das Verordnen von Lebensstilen. Die Aufgabe ist es, jeder Bürgerin und jedem Bürger von klein an das Rüstzeug für ein möglichst gesundes, selbst bestimmtes Leben mit auf den Weg zu geben. Ein gesundes Leben führen zu können ist mittlerweile eine wichtige soziale Frage in unserer Gesellschaft geworden – nur wer weitgehend gesund ist, hat auch gute Teilhabechancen. Krankheit macht arm, Armut macht krank. Insbesondere Kindern und Jugendlichen kann durch frühzeitige Stärkung ihrer Kompetenzen, darunter auch die Gesundheitskompetenzen, ein guter Start ins Leben erleichtert werden. Auch chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen können ihr Befinden und ihre Lebensqualität verbessern.

Da die Kassen derzeit die Prävention vor allem zur Kundengewinnung und –bindung nutzen und insbesondere dort fördern, wo die meisten Kunden sind – und das ist gerade nicht der ländliche Raum – kommt der Schwerpunktsetzung Gesundheitsförderung im „Haus der Gesundheit“ im ländlichen Raum eine hohe Wertigkeit zu.

1.3. Einrichtung einer Landesstiftung „Hessische Gesundheitsstiftung“

Zur Finanzierung dieser neuen Ausrichtung der Gesundheitsämter als „Haus der Gesundheit“ wird eine Landesstiftung gegründet, die die Kommunen in der Koordination guter Versorgung und der Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention unterstützt. Die Stiftung sollte u.a. aus Mitteln finanziert werden, die seitens der Kassen gemäß § 20, Abs. 2 SGB V für Prävention und Selbsthilfe zur Verfügung gestellt werden (so lange bis ein Bundespräventionsgesetz endlich für eine angemessene Berücksichtigung im Gesundheitswesen sorgt.)

2. Die ambulante Versorgung dauerhaft sicherstellen

Es wird immer deutlicher, dass die starren Strukturen der Bedarfsplanung im ambulanten Sektor eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung behindern. Die Ermittlung von Durchschnittswerten je Planungsbereich erfasst die tatsächlich vorhandenen regionalen Unterschiede nicht mehr, deshalb kommt es trotz bedarfsplanungsrechtlicher Überversorgung zu wachsenden lokalen Versorgungsproblemen.

Es gibt keinen grundsätzlichen „Ärztmangel“. Die Zahl der Vertragsärzte ist in den Jahren von 1995 bis 2008 um 12 % gestiegen; allerdings ging die Zahl in der Allgemeinmedizin um 5,8 % zurück, während die Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte um 24,2 % angestiegen ist. Die doppelte Facharztversorgung (ambulant und stationär) wird mittelfristig im ländlichen Raum nicht mehr finanzierbar sein.

Der Arztmangel im ländlichen Raum hat viele Gründe, die nicht monokausal sind und deshalb auch nicht durch Zuschüsse an Einzelpraxen zu lösen sind. Eine nachhaltige Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum ist nicht durch hastige und undurchdachte Vorschläge - finanzielle Anreize für Jungmediziner für eine Tätigkeit im ländlichen Raum oder Abschaffung des Numerus Clausus für den Landarzt – zu gewährleisten. Die Zukunft der ambulanten Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum bedarf einer ganzheitlichen Strukturreform.

2.1. Vielfalt der ambulanten Versorgung erweitern und wohnortnah sicherstellen – Gemeindepflege als Basisversorgung

Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen, großflächigen Gebieten mit geringen Einwohnerzahlen wird immer mehr zur gesundheitspolitischen Herausforderung. Es zeigt sich, dass die freie Arztpraxis – vor allem die eines Facharztes - in solchen Gebieten kaum noch wirtschaftlich zu führen ist. Festzustellen ist ebenfalls, dass das Interesse an einer Landarztpraxis aufgrund des Strukturwandels im ärztlichen Beruf abnimmt. Deshalb wird die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in Zukunft auch davon abhängen, ob und wie neue Strukturen geschaffen werden können.

Doch auch für die Krankenhäuser wird es im ländlichen Raum immer schwieriger hochqualifiziertes Personal für den ärztlichen und pflegerischen Bereich zu rekrutieren. Deshalb kommt es darauf an, die Attraktivität der Arbeit für alle Fachgruppen im ländlichen Raum zu erhöhen.

Die niedergelassenen Ärzte haben in Hessen die Möglichkeit, über VerAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) das Angebot für ihre Patienten durch Hausbesuche von Arzthelferinnen zu erweitern. Dies ist zwar ein gutes Konzept, aber mittelfristig nicht für ausreichend für eine flächendeckende Versorgung auf dem Land. In einigen Bundesländern wird mit AGnES (Arzt-entlastende, Gemeindefähige, E-Health gestützte, Systemische Intervention) bereits erfolgreich ein neuer Weg gegangen, den wir im Grundsatz auch für den ländlichen Raum in Hessen für geeignet halten. Wesentlich für die Umsetzung ist hier Internet-Zugang, um die notwendige schnelle Übertragung großer Datenmengen zwischen den einzelnen Akteuren zu ermöglichen. Wir wollen noch einen Schritt weiter gehen.

„Zurück in die Zukunft“ - Modellversuch Gemeindepflege

Wir wollen in Hessen ein Modell Gemeindepflege implementieren, das – in Anlehnung an das bewährte Angebot der Gemeindeschwester – Krankenpflegekräften mit Zusatzausbildung mehr Kompetenzen in der ambulanten gesundheitlichen Versorgung eröffnet. Krankenpflegekräfte mit Zusatzausbildung zur Gemeindepflege sollen neben der klassischen Krankenpflege auch einfache medizinische Versorgung bei Bagatellerkrankungen übernehmen. Sie sollen Patientinnen und Patienten beraten, sie anleiten und schulen (z.B. Diabetikerkrankte). Zudem können sie Steuerung und Koordinierung von Versorgungsprozessen im Sinne der Patienten übernehmen. Auch im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sind Krankenpflegekräfte für wichtige Aufgaben der Gesundheitsförderung geeignet. Gleichzeitig bieten sich für den Beruf der Krankenpflege zusätzliche hochqualifizierte Einsatzfelder, die insgesamt das Berufsfeld Krankenpflege aufwerten.

Der Modellversuch soll gemeinsam mit den Krankenkassen ist in Anlehnung an die frühere Gemeindeschwester das Konzept „Gemeindepflege“ als Ergänzung zur ärztlichen ambulanten Versorgung zu prüfen. Diese Fachkräfte (einzeln, in Gruppen oder im Zusammenschluss mit anderen Gesundheitsberufen) können sowohl im öffentlichen Auftrag als auch privat tätig sein, die fachliche Trennung zu in der Region tätigen ambulanten Hauspflegediensten wird sichergestellt. Es handelt sich um eine eigenständige Organisationsform, die aber vernetzt mit Gesundheitskonferenz, Ärztenetzwerken, Versorgungszentren, integrierter Versorgung und Hausarztmodellen arbeitet. In dem Modellversuch wird u.a. zu prüfen sein, ob die Senkung der Zahl der Arztbesuche aufgrund von Bagatellerkrankungen bei gleichbleibender oder besserer Versorgungsqualität erreicht werden kann. Das Land kann die Übertragung von ärztlichen Befugnissen auf Krankenpflegekräfte zwar nicht regeln (das liegt in der Kompetenz des Bundes), aber den Modellversuch initiieren und unterstützen.

2.2. Ärztliche flächendeckende Versorgung sicherstellen

Der Ärztemangel im ländlichen Raum wird sich weiter verschärfen. Dies betrifft nicht nur die freie Arztpraxis, sondern zunehmend auch die Krankenhäuser, die auch bereits Probleme haben, ausreichend Nachwuchs für freiwerdende Stellen zu finden. Die finanzielle Förderung von Einzelpraxen aus staatlichen Mitteln ist keine Lösung. Stattdessen brauchen wir neue Strukturen wie die Gemeindepflege und eine Vielzahl von Anreizen, die den ländlichen Raum für ärztliche und pflegerische Fachkräfte attraktiv machen.

2.2.1. Einführung eines Ärztinnen und Ärzte-Monitors

Der ärztliche Bereich befindet sich derzeit in einem grundsätzlichen Strukturwandel (Stichworte: u.a. mehr Frauen, veränderte Entscheidungsprozesse, Vereinbarkeit von Familie und Beruf), während die Interessenverbände der Ärzteschaft den derzeitigen Status quo verteidigen.

Um die aktuelle Versorgung zu erfassen, die voraussichtlichen Entwicklungen (Praxisaufgabe, Facharztverteilung, u.a.) einschätzen zu können und geeignete Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ergreifen zu können, schlagen wir in Anlehnung an den bereits existierenden hessischen Pflegemonitor das Instrument eines Ärztemonitors vor. Dieser wird gemeinsam mit Ärztekammern und Kassenärztlicher Vereinigung erstellt und ermöglicht auch auf Landkreisebene Prognosen für den ambulanten und stationären Bereich und auf kommunaler Ebene rechtzeitig besondere Bedarfe zu erkennen.

2.2.2. Flexibilisierung der Versorgungsgebiete der Kassenärztlichen Vereinigung

Die heutigen Versorgungsgebiete der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) sind insbesondere im ländlichen Raum zur Steuerung der wohnortnahen ärztlichen Versorgung nicht mehr geeignet. Die Konzentration der Ärzteschaft in Mittelzentren oder größeren Gemeinden, bei ständig wachsenden weißen Flecken der Versorgung in der Fläche und gleichzeitig abnehmender Mobilität der alternden Bevölkerung, widerspricht dem

Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung. Auch die Zentralisierungstendenzen der Verwaltungsstrukturen der KVH wirken sich gerade für den ländlichen Raum negativ aus.

Zumindest die wohnortnahe hausärztliche, kinder- und frauenärztliche Versorgung sowie die kinder- und jugendtherapeutische Versorgung müssen daher in kleineren Versorgungsgebieten als bisher ermöglicht werden, wobei das regionale Krankenhausangebot in eine mögliche Neustrukturierung mit einzubeziehen ist.

Da dies einer bundesrechtlichen Korrektur bedarf, ist hier statt ständiger Versprechen die Abstimmung mit Bund und Ländern erforderlich.

2.2.3. Ganzheitliche Versorgungszentren

Ganzheitliche Versorgungszentren - auf der rechtlichen Grundlage der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) - mit mehreren Fachrichtungen und z.T. angestellten Ärztinnen und Ärzten - werden für den ländlichen Raum in Ergänzung zum kommunalen Krankenhaus das Versorgungsmodell der Zukunft. Ein Ganzheitliches Versorgungszentrum verfügt über Hausärzte als Lotsen (Diagnose, Weiterleitung an verschiedene Fachdisziplinen, Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt, etc.) , evtl. Fachärzte für Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe (Hebammen), Psychologen, Krankenpflege/ Gemeindepflege, evtl. Sozialarbeiter. Um dem ganzheitlichen Strukturkonzept Rechnung zu tragen, ist anzustreben, dass die Krankenkassen nur dann einen Vertrag abschließen, wenn der Gründung eines Ganzheitlichen Versorgungszentrums ein mit den Kommunen abgestimmtes Versorgungskonzept zu Grunde liegt. Die Ganzheitlichen Versorgungszentren agieren in engem Kontakt mit dem „Haus der Gesundheit“, den Gesundheitskonferenzen und – falls vorhanden – regionalen Ärztenetzwerken.

Ganzheitliche Versorgungszentren können gerade in den kommenden Jahren durch Aufkauf existierender Vertragsarztsitze einen wichtigen Beitrag zur Altersversorgung heutiger Praxen-Inhaber leisten, da der Verkauf einzelner Praxen aus den bereits geschilderten Gründen immer schwieriger wird.

Außerdem erleichtert das Ganzheitliche Versorgungszentrum Qualitätszirkel und regionale Fort- und Weiterbildung auch auf dem Land („Verbundweiterbildung“). Auch hinsichtlich der praktischen Ausbildung entsteht ein sinnvoller zusätzlicher Einsatzort.

Das Ganzheitliche Versorgungszentrum stellt neben der ambulanten Versorgung den ärztlichen Notdienst sicher. Durch mobile Versorgungseinheiten „Ärzte auf Rädern“ und durch regelmäßige Angebote in kommunalen Einrichtungen wird die medizinische Versorgung in abgelegenen Gemeinden oder Ortsteilen dauerhaft sichergestellt.

2.2.4. Mobilität der Patienten verbessern

Trotz dieser Angebote wird es zunehmend Ortsteile oder ganze Gemeinden geben, in denen eine Vollversorgung nicht mehr vorhanden ist. Oft sind es auch gerade diese Gebiete, die bereits heute durch den ÖPNV nicht mehr ausreichend abgedeckt sind. Ca. 8 % Landbevölkerung und rund 30 % der Bevölkerung über 65 Jahre verfügt über keinen PKW. Neben den „Ärzten auf Rädern“ u.ä. sollte in nicht versorgten Ortsteilen und Gemeinden geprüft werden, ob und wie ein spezieller Bedarfsverkehr für Arztbesuche (Anrufsammeltaxis, Rufbusse, Bürgerbusse) eingerichtet werden kann, der in einem Regionalfonds u.a. mit Beteiligung der KVH und der Krankenkassen (nach §60 SGB V) finanziert wird. Da Unterversorgungsprobleme auch in anderen Versorgungsbereichen (z.B. Lebensmittel) besteht, ist ein integriertes ÖPNV-Konzept zu erarbeiten.

3. Regionale Apotheken-Netzwerke unterstützen

Die Apotheken sind gerade auf dem Land in vieler Hinsicht unverzichtbar: Sie stellen nicht nur die Abgabe von verschriebenen Medikamenten sicher, sondern leisten mit der Produktberatung und Prävention einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung. Um die regional ansässigen Apotheken in der Konkurrenz zu großen Konzernen und

Internetanbietern zu erhalten und zu stärken, wird der Aufbau regionaler Rund-um-die-Uhr-Lieferdienste (in Kooperation mit der Landesapothekerkammer) angestrebt. Eine landesweite von den hessischen Apotheken betriebene Internet-Plattform ermöglicht den Kauf von Medikamenten und bei Bedarf direkte persönliche qualifizierte Beratung durch die regionale Apotheke (per Mail, Telefon). Selbstverständlich sind Apotheken (ebenso wie Optiker und andere private Leistungsanbieter) in die Arbeit der Gesundheitskonferenzen einzubeziehen.

4. Kommunale Krankenhäuser erhalten und stärken

Die doppelte Facharzt-Struktur einerseits mit niedergelassenen, andererseits mit in Krankenhäusern arbeitenden spezialisierten Ärzten ist hinsichtlich der fehlenden oder unzureichenden Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung seit langem ein Qualitätsproblem im deutschen Gesundheitswesen, das zu lösen in den letzten Jahren durch eine wachsende Zahl von IV-Verträgen (Integrierte Versorgung) versucht wird. Das Vorhalten der Facharzt-Doppelstruktur führt aber nicht nur zu Problemen bei der individuellen Patientenversorgung, sondern ist auch mit hohen Kosten verbunden. Wohnortnahe Krankenhäuser werden daher in Zukunft – insbesondere im ländlichen Raum - noch mehr als heute zuständig für die fachärztliche Betreuung werden, während im ambulanten Bereich die Allgemeinmedizin vorherrschen wird.

Ohne kommunale Krankenhäuser wären bestimmte Gebiete oder ganze Landstriche unversorgt oder zumindest unterversorgt. Insbesondere in bevölkerungsarmen Regionen ist die stationäre Versorgung in kommunaler Trägerschaft ein wichtiger Bestandteil der Daseinsvorsorge. Anders als private Krankenhausträger sind kommunale Krankenhäuser ausnahmslos in die allgemeine Daseinsvorsorge eingebunden und können sich weder auf ein ausschließlich unter Kostengesichtspunkten optimiertes Leistungsspektrum beschränken noch sich ausschließlich an kurzfristigen Marktströmungen orientieren. Der Erhalt der kommunalen Krankenhäuser der Allgemeinversorgung im ländlichen Raum wird davon abhängen, in wie weit diese miteinander und mit Versorgungsangeboten des ambulanten, teil-stationären und rehabilitativen Bereichs kooperieren (dürfen). Dies ist im Interesse des Erhalts eines Angebots der Daseinsvorsorge auch im Kartellrecht zu berücksichtigen. Aufgrund des Bevölkerungsrückgangs in vielen ländlichen Regionen, des zunehmenden Wettbewerbs auf dem Krankenhausmarkt und veränderter Anforderungen der Patientinnen und Patienten werden viele Krankenhäuser in ländlichen Regionen ohne veränderte moderne Betriebskonzepte nicht überlebensfähig sein.

Kommunale Krankenhäuser müssen künftig enger mit der ambulanten fachärztlichen Versorgung verzahnt (Schnittstelle) oder im ländlichen Raum in Ausnahmefällen Träger eines „Ganzheitlichen Versorgungszentrums“ – insbesondere in unterversorgten Gebieten - werden können. Allerdings ist die Anbieter-Vielfalt der medizinischen Angebote in der Region zu gewährleisten.

Um die Attraktivität der Krankenhäuser im ländlichen Raum zu erhöhen ist die Förderung von „Patientenhäusern“ in das Krankenhausbauprogramm des Landes aufzunehmen. In „Patientenhäusern“ werden Patienten gepflegt, deren Pflegebedarf unter dem liegt, der auf einer Krankenstation benötigt wird. Neben dem zusätzlichen Komfort für die Patienten (z.B. weitgehend selbstgestalteter Tagesablauf) ermöglicht ein solches Haus die Versorgung von Patienten aus anderen Versorgungsgebieten oder die Unterbringung von Angehörigen. Die Abrechnung mit den Krankenkassen erfolgt wie bisher, Patienten zahlen also keine Zuschläge. Patientenhäuser haben zudem den Vorteil, dass sich Personal, das z.B. aus gesundheitlichen Gründen den normalen Stationsdienst nicht mehr leisten kann, leichtere qualifizierte Beschäftigungsmöglichkeiten beim gleichen Arbeitgeber eröffnen.

**KONZEPTE FÜR HESSEN:
MIT GRÜN GEHT'S BESSER**

ZUSTÄNDIGE ABGEORDNETE

KORDULA SCHULZ-ASCHE



Stellv. Fraktionsvorsitzende
Sprecherin für Soziales, Frauen,
Gesundheit und Alter

Tel.: 0611/350-749
k.schulz-asche@ltg.hessen.de

MITARBEITERIN

BETTINA SCHREIBER



Referentin: Gesundheit, Soziales,
Frauen, Kinder, Jugend,
Behindertenpolitik

Tel.: 0611/350-587
b.schreiber@ltg.hessen.de

KONTAKT

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Fraktion im Hessischen Landtag
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

www.gruene-fraktion-hessen.de

