

YES WE CARE

**GUTE
GESUNDHEITS-
VERSORGUNG
FÜR ALLE**

**BÜNDNIS 90
DIE GRÜNEN**
LANDTAG BAYERN



INHALT

YES WE CARE – GUTE GESUNDHEITSVERSORGUNG FÜR ALLE

	Seite
I. Zusammenfassung: Der Mensch im Mittelpunkt	3
II. Aktueller Stand und Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung	4
1. Fachkräftemangel	4
2. Bedarfsplanung	4
3. Krankenhauslandschaft	5
4. Zugang zu Gesundheitsversorgung	5
III. GRÜNE Ziele und unser Weg dorthin	6
1. Bedarfsplanung an Patientenwohl orientieren, ungleiche Versorgung abbauen	6
2. Krankenhausplanung reformieren, Qualität verbessern	7
3. Überwindung der sektoralen Trennung – integrierte wohnortsnahe Versorgungskonzepte nutzen	8
4. Gesundheitsversorgung auf dem Land sichern	9
5. Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe fördern	9
5.1 Versorgungsassistent*innen in ländlichen Regionen etablieren	10
5.2 Die Rolle der Physiotherapeut*innen im Behandlungsprozess stärken	10
5.3 Hebammen fördern – damit Schwangere und Kinder in guten Händen sind	10
6. Niemanden zurücklassen, alle im Blick haben	11
7. Digitalisierung vorantreiben, telemedizinische Strukturen schaffen	12

I. Zusammenfassung: Der Mensch im Mittelpunkt

Die Corona-Pandemie lässt alle vorhandenen Schwächen des Gesundheitssystems, aber auch seine enorme Leistungsfähigkeit bei gleichzeitig knappen Ressourcen deutlich zu Tage treten. Damit der einzelne Mensch und sein Wohl im Mittelpunkt des ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Bemühens stehen kann, muss in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem darauf geachtet werden, dass Personal, Strukturen und technische Möglichkeiten ebenso wie finanzielle Mittel effektiv und effizient eingesetzt werden. Wir stehen deshalb vor der Aufgabe, noch besser zu lernen, wie die **Ressourcen des Gesundheitssystems besser gesteuert und eingesetzt werden können**. Die bedarfsgerechte und gezielte Steuerung des Leistungsangebots und **die Beseitigung der Unter-, Über-, und Fehlversorgung** sind aus unserer Sicht Chancen **zur Sicherung des Patientenwohls** und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Aus jedem im Gesundheitswesen eingesetzten Euro wollen wir ein Optimum an Gesundheit und Patientenzufriedenheit erreichen. Und was uns GRÜNEN am wichtigsten ist – niemand darf durch das Raster fallen!

Was ist also zu tun? Weder die komplette Privatisierung oder Ökonomisierung des Gesundheitswesens, noch eine rein staatlich organisierte Daseinsvorsorge stellt den richtigen Weg dar. Denn die Krankenbehandlung von der Finanzierung des Gesundheitssystems zu entkoppeln, mag zwar aus sozialpolitischer Sicht sinnvoll erscheinen. Es führt in der Realität, wie viele staatsfinanzierten Gesundheitssysteme zeigen, aber zu keiner besseren Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung. Wir wollen die starre Denkweise und **Trennung zwischen dem stationären und ambulanten Sektor im Gesundheitssystem aufheben** und ein Gesundheitssystem schaffen, das sich am **Bedarf der Patient*innen orientiert** und sie in allen Lebenslagen und -phasen gut versorgt. Hier sind neben dem Gesetzgeber auf Bundes- und Landesebene, der Selbstverwaltung im Gesundheitssektor auch die Träger, Kliniken, Apotheker*innen, Ärzt*innen und auch alle anderen Gesundheitsberufe wie beispielsweise Pflegekräfte, Ergo- und Physiotherapeut*innen sowie Hebammen gefragt.

Zum einen müssen die **Krankenhausplanung sowie die Bedarfsplanung reformiert werden** und alle Gesundheitsberufe durch den **Bürokratieabbau entlastet werden**. Wir wollen die Stellung der **nichtärztlichen Heilberufe** wie zum Beispiel Hebammen, Physio-, Ergotherapeut*innen oder Pflegekräfte **stärken**. Auch die Telemedizin sollte nach unserer Vorstellung deutlich mehr zum Einsatz kommen und die **Digitalisierung im Gesundheitssektor** vorangetrieben werden. Dies verbessert die Behandlungsqualität multimorbider oder chronisch kranker Menschen sowie die Versorgung in ländlichen Regionen und trägt die Expertise in die Fläche.

Zum anderen legen wir den **Fokus auf Patient*innen selbst**. Aufgeklärte, **mündige Patient*innen** stellen deshalb einen wichtigen Grundstein unserer Gesundheitspolitik dar. **Wir fordern eine unabhängige und niederschwellig erreichbare Patientenberatung und transparente Informationen**.

Das oberste Ziel ist eine **flächendeckende und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für alle Bürger*innen – egal ob auf dem Land oder in der Stadt**. Unsere Vision für den ländlichen Raum ist ein vernetztes, koordiniertes Gesundheitsversorgungsangebot, bei der Einzel- und Gemeinschaftspraxen, Gesundheitszentren, ambulante Pflegedienste sowie ländliche Krankenhäuser kooperieren, die durch mobile Praxisteams, Apotheken und Fahrdienste ergänzt werden. So schaffen wir stabile Rahmenbedingungen und Strukturen für angehende Mediziner*innen und bessere Versorgung vor Ort. Ländliche Regionen können dabei die Vorreiter neuer Entwicklungen im Gesundheitssystem in Richtung einer **Landesversorgungsplanung** werden. Wir möchten außerdem niedragschwellige Zugangsmöglichkeiten zu bedarfsgerechter Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung ausbauen und weiterentwickeln – ein barrierefreier Zugang zum Gesundheitssektor soll selbstverständlich werden.

II. Aktueller Stand und Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung

Eine gute und flächendeckende Gesundheitsversorgung ist ein wesentlicher Grundpfeiler unseres Gesundheitssystems. Dies zeigt sich auch in der Corona-Pandemie deutlich. Die Versorgungsstrukturen stehen jedoch vor vielfältigen Herausforderungen:

Die Anzahl Beschäftigter in Gesundheitsberufen, die über 60 sind, nimmt rasant zu. Gleichzeitig gibt es immer mehr Menschen, die z. B. schon mit 65 Jahren an Demenz erkranken, oder unter Mehrfach- oder chronischen Erkrankungen leiden. Auch der Rückgang der Bevölkerungsdichte in den ländlichen Regionen sowie der Baby-Boom in Städten und starker Zuzug in Ballungsräume wirken sich in allen Regionen Bayerns unterschiedlich stark aus. Hinzu kommen große Herausforderungen wie der Fachkräftemangel, Mängel in der Bedarfs- und Krankenhausplanung sowie ein ungleicher Zugang zu unserem Gesundheitssystem.

1. Fachkräftemangel

Die Entwicklung am Fachkräftemarkt der Gesundheitsbranche bereitet uns Sorgen und wird immer alarmierender. So gibt es nicht nur einen Mangel an qualifizierten Fachkräften, sondern insbesondere im Altenpflege- und Krankenhausbereich eine vergleichsweise **geringe Berufsverweildauer**.¹ Zwar steigt die Zahl der Fachkräfte, die im Gesundheitsbereich arbeiten, generell an, aber der Bedarf bzw. die Zahl der Behandlungsfälle steigt schneller und kontinuierlich an. Verantwortlich dafür sind vor allem der **steigende Behandlungsbedarf einer alternden Gesellschaft** sowie auch der medizinische und technische Fortschritt. Außerdem betrifft das Älterwerden auch die Gesundheitsberufe massiv.²

Medizinische und pflegerische Einrichtungen brauchen die Unterstützung von Entscheidungsträger*innen im Gesundheitswesen, in Politik und bei Tarifpartnern, um für eine ausreichende Personalausstattung und Personalfinanzierung sorgen. Notwendig sind neben einer besseren Bezahlung, vor allem **Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsverhältnisse**, zur Reduktion der Arbeitsverdichtung und Bürokratie sowie fachfremden Tätigkeiten und zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Besonders für die Einrichtungen und Kommunen in ländlichen Regionen ist es zunehmend sehr schwierig Fachkräfte im Gesundheitsbereich zu gewinnen. Es zeigt sich, dass ein **angemessenes und sicheres Einkommen nicht allein entscheidend ist für die Wahl des Niederlassungsortes**. Wichtig sind weitere Faktoren, wie zum Beispiel Beschäftigungsmöglichkeiten für Ehe- bzw. Lebenspartner*innen, Betreuungs- und Schulangebote für Kinder oder Freizeitmöglichkeiten mit einem entsprechenden kulturellen Angebot. Gerade die **ländlichen Regionen müssen sich diesen zahlreichen Herausforderungen stellen**.

2. Bedarfsplanung

Im Freistaat Bayern gibt es seit Jahren strukturelle Unterschiede im Bereich der stationären Versorgung sowie große Verteilungsprobleme in der ambulanten Versorgung.³ Die massive **Ungleichheit in der räumlichen Verteilung der niedergelassenen Ärzteschaft** muss konsequent abgebaut werden. Denn dies wirkt sich auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung aus.

¹ Mehr zum Thema Pflege und unseren Zielen siehe u.a. auch das Konzeptpapier Pflege der Grünen Fraktion.

² Der zunehmend hoher Altersdurchschnitt der Ärzt*innen (insb. Hausärzt*innen), Zahnärzt*innen und Psychotherapeut*innen sowie Heilmittelerbringer stellt ein wichtiges Indiz für künftige Versorgungsprobleme dar. Mehr dazu siehe: <https://www.kvb.de/ueber-uns/versorgungsatlas/>; Ärzttestatistik 2019: <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatistik/aerzttestatistik-2019/>.

³ Siehe <https://www.kvb.de/praxis/niederlassung/bedarfsplanung/unterversorgung/>.

Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen, die gesetzlich versicherte Patient*innen ambulant behandeln, benötigen einen freien Ärztesitz. Wie viele es davon in einer Region gibt und wo sich Ärzt*innen folglich genau niederlassen können, regelt die Bedarfsplanung. Die derzeitige **Bedarfsplanung stellt keine sektorübergreifende Versorgungsplanung dar**. Weder Zahnärzt*innen noch etwa Physiotherapeut*innen oder Hebammen werden in die Bedarfsplanung einbezogen. Zudem werden erhöhte Bedarfe beispielsweise durch Anzahl, Sozialstruktur oder Morbidität der Bevölkerung nicht in der Bedarfsplanung berücksichtigt. Derzeit liegen in der ärztlichen Bedarfsplanung auch keine Zahlen zugrunde, in welchem Umfang Ärzt*innen tätig sind. Dabei wird weder berücksichtigt, wie viele Stunden Ärzt*innen tatsächlich arbeiten, noch wie viele Patient*innen sie versorgen. Aus unserer Sicht ist es aber gerade entscheidend, dass der tatsächliche Umfang der Patientenversorgung in die Planung einfließt. Sonst wird mit Ärztekapazitäten gerechnet, die nicht der Wirklichkeit entsprechen. Die Spezialisierung wird ebenso wenig berücksichtigt.⁴ Die teilweise immer noch zu großräumige Herangehensweise verdeckt außerdem die Versorgungsmängel in Teilen mancher Regionen durch eine Überversorgung in anderen Teilen. Dabei werden überregionale Versorgungsbeziehungen etwa im fachärztlichen Bereich unzureichend abgebildet.

Die vielen Mängel im Bedarfsplanungsinstrument führen dazu, dass die **Realität vor Ort nicht ausreichend abgebildet wird**, Angaben zu Über- und Unterversorgung nur eine grobe Orientierung liefern⁵ und enorme Unterschiede in der regionalen Versorgungssituation fortbestehen, statt korrigiert zu werden. Die Leidtragenden sind zum Schluss die Patient*innen.

3. Krankenhauslandschaft

Die Krankenhausplanung und -finanzierung in Deutschland weisen in vielen Bereichen Verbesserungspotenzial auf: Bei der Investitionsförderung reichen die vorhandenen Investitionsmittel der Länder, auch infolge einer sehr hohen Anzahl an Krankenhäusern, nicht aus, um den Bedarf zu decken. Die **Bayerische Krankenhausplanung** wird Jahr für Jahr fortgeschrieben, marode Kliniken werden nach dem Gießkannenprinzip gefördert. Die teilweise doppelte Vorhaltung technischer und personeller Ausstattung von manchen Kliniken kostet wertvolle Investitionsmittel und bindet medizinisches Fachpersonal. Es darf nicht sein, dass je nach Geldbeutel und Neigung der einzelnen Träger, sowohl der privaten wie auch der kommunalen, darüber entschieden wird, wie in ihrem Wirkungsbereich die Kliniklandschaft aussieht. Auch die Erreichbarkeit der Kliniken stellt sich als ungenügend dar, da es keine räumliche Planung gibt. Manche Kliniken vor Ort sind für anspruchsvolle Diagnosen nicht gut ausgestattet, was viele Menschen gar nicht wissen. Häufig können zum Beispiel kleine örtliche Kliniken die Anforderungen der Versorgung von Schlaganfall- und Herzinfarkt-Patient*innen nicht erfüllen. Nach aktuellen Daten der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (BKG) bleibt die Finanzlage vieler Krankenhäuser im Freistaat sehr schwierig. Dazu kommen neue Herausforderungen durch die Corona-Pandemie. Auch im Bereich der Kooperation der Leistungserbringer und Kliniken und der Vernetzung sowie in der Digitalisierung gibt es Nachholbedarf.⁶

4. Zugang zu Gesundheitsversorgung

Die Menschen sind verschieden und haben auch unterschiedliche Bedürfnisse: seien es Merkmale wie das Alter, der Wohnort, das Geschlecht, der kulturelle Hintergrund, die soziale Lage, sexuelle Orientierung, die jeweiligen Arbeitsbedingungen im Beruf, oder der Gesundheitszustand. Unterschiedliche Bedarfe ergeben sich auch aus der geschlechtsbezogenen Vielfalt oder aufgrund von Sprachkenntnissen. Alle haben den Wunsch und auch den Anspruch, gut versorgt zu werden und im

⁴ Zum Teil haben erfreulicherweise Hausärzt*innen zum Beispiel einen diabetologischen oder psychotherapeutischen Schwerpunkt. Sie fehlen damit aber de facto in der klassischen hausärztlichen Versorgung.

⁵ Ein gutes Beispiel sind die Kinderärzt*innen. In Bayern gibt es Regionen, in denen Eltern 30 oder 40 Autominuten bis zum nächsten Kinderarzt fahren müssen, obwohl sie als überversorgt gelten. Auch wenn Kinderärzt*innen vorhanden sind, nehmen sie oft keine neuen Patient*innen mehr. Das gilt nicht nur für etliche ländliche Regionen, sondern auch zum Beispiel für manche Münchner Stadtteile.

⁶ Gilbers, O.: „Kliniken zu langsam bei der Digitalisierung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/19), 22-24.

Falle einer Erkrankung einen niedrigschwelligen Zugang zur bestmöglichen Gesundheitsversorgung zu haben. **Derzeit ist ein Zugang zur entsprechenden Versorgung bei manchen Personengruppen teilweise erschwert.** Dazu gehören zum Beispiel Erwachsene und Kinder, die wegen einer seltenen Erkrankung eine spezielle Versorgung benötigen, Neugeborene mit Fehlbildungen, Menschen, die aufgrund einer Behinderung oder einer psychischen Erkrankung viel Unterstützung benötigen bzw. auf eine Versorgung in besonderem Maße angewiesen sind. Für eine gute Gesundheitsversorgung ist es unerlässlich, auf diese Unterschiede und ganz individuellen Versorgungsbedürfnisse einzugehen. Denn nur so können alle Menschen gut versorgt werden.

III. GRÜNE Ziele und unser Weg dorthin

Wir GRÜNE möchten das Gesundheitswesen sowie die Kommunen und Landkreise fit machen für die schon heute bestehenden und künftig anwachsenden Herausforderungen und zu einem modernen Gesundheitssystem auf hohem Qualitätsniveau weiterentwickeln.

1. **Bedarfsplanung an Patientenwohl orientieren, ungleiche Versorgung abbauen**

Wir brauchen eine gründliche, sektorübergreifende Ermittlung der Versorgungssituation und eine **Analyse des Versorgungsbedarfs. Wir wollen die Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung reformieren.** Dabei muss die Darstellung der Arbeitszeit sowie der Umfang der Patientenversorgung der Ärzt*innen geprüft und abgebildet werden. Die Bedarfsplanung sollte spezifischer (Leistungsangebot) und kleinräumiger werden. Auf regionaler Ebene müssen auch die Kriterien Mobilität (ÖPNV) und regionale Infrastruktur integriert werden. Auch die Nachbesetzungsverfahren für ambulante Vertragsarztsitze müssen aus unserer Sicht reformiert werden, um die Unterschiede zwischen Land und Stadt nicht weiter zu vergrößern. **Unser Ziel ist es, die Bedarfsplanung von der reinen „Arztplanung“ zu einem Instrument umfassender regionaler Versorgungsplanung weiterzuentwickeln.**

Langfristig wollen wir eine Zusammenführung von stationärer und ambulanter Planung in einen **„Landesversorgungsplan“** erreichen. So sollen in der Zukunft auch Kriterien der Raumordnung (wie etwa die Erreichbarkeit einer Klinik), vorhandene Einrichtungen in der Rehabilitation oder Möglichkeiten ambulanter Pflege einbezogen werden. Einen Einfluss auf die Bedarfsplanung sollte auch ein flexibel und bedarfsgerecht ausgebautes Krankentransportwesen haben.⁷

Unser Weg dorthin: konkrete Maßnahmen

Wir wollen:

- Die **Bedarfsplanung reformieren** und die Versorgungssituation im Hinblick auf die Darstellung der Arbeitszeit sowie den Umfang der Patientenversorgung und des Leistungsangebots der Ärzt*innen überprüfen und danach ausrichten.
- Die **Niederlassung von Vertragsärzt*innen in Gebieten mit drohender Unterversorgung vereinfachen.** Hier sollten Nachbesetzungen bereits fünf Jahre vor der voraussichtlichen Aufgabe eines Vertragsarztsitzes ermöglicht werden.
- In strukturschwachen Regionen finanzielle **Landärzt*innenzuschläge** bzw. einen Honorarzuschlag auf Grundleistungen zur Sicherstellung und Verbesserung der Versorgung einführen.
- Die Arztsitzvergabe an die **Verpflichtung** zur Erbringung eines bestimmten **Leistungsspektrums** koppeln.
- die **Versorgung von Kindern sowie älteren und multimorbiden Patient*innen** mit größeren oder zeitintensiveren Behandlungsbedarf **verbessern.** Deshalb setzen wir uns für eine verbesserte Pauschalvergütung für diese Patient*innen in der hausärztlichen Versorgung und in der Pädiatrie ein.

⁷ Mehr dazu: siehe den Punkt 2. Krankenhausplanung reformieren, Qualität verbessern.

2. Krankenhausplanung reformieren, Qualität verbessern

Wir GRÜNE sind überzeugt, die Krankenhausstruktur in Bayern könnte deutlich besser werden, wenn wir passgenaue Versorgung, Vernetzung und Spezialisierung umsetzen. Auch im stationären Sektor muss die Versorgungsqualität der Patient*innen im Mittelpunkt stehen. Dafür möchten wir GRÜNE eine Reform der Krankenhausplanung und -finanzierung durchsetzen. Eine solide Investitionskostenfinanzierung seitens des Freistaats und eine gute Leistungssteuerung und Qualitätssicherung sind das A und O eines modernen Krankenhausplans. Aus unserer Sicht kann es nicht so bleiben, dass jedes Krankenhaus aus wirtschaftlichen Gründen alle Leistungen anbietet, obwohl es die nötige Qualität nicht garantieren kann. Wir wollen erreichen, dass die Krankenhäuser einer Region medizinische Leistungen anbieten, die für die Versorgung der Bevölkerung auch notwendig sind. Wir wollen eine Über- oder Unterversorgung weitgehend ausschließen. Unser Ziel ist eine noch höhere Fachlichkeit und Spezialisierung der Krankenhäuser zu gewährleisten, und damit für eine höhere Versorgungsqualität der Bevölkerung sorgen.

Stärker als bisher sollte demnach in der stationären Versorgung zwischen **unterschiedlichen Versorgungsstufen sowie Notfalleistungen und planbaren Leistungen differenziert werden**. Während etwa für Leistungen der medizinischen Notfallversorgung bzw. Grundversorgung kleinräumiger geplant werden muss, ist für bestimmte fachärztliche Leistungen der stationären Maximalversorgung großräumig zu planen. Bei Entscheidungsfindung über die Zukunft eines konkreten Standorts legen wir großen Wert darauf, dass Bürger*innen beteiligt werden. Vorstellbar sind öffentliche Veranstaltungen zum Krankenhausplan auf Landkreisebene unter Beteiligung von Expert*innen und der Staatsregierung. Wir sind auch der Meinung, dass Krankenhäuser stärker die Möglichkeiten erhalten sollten, im ambulanten Sektor (z.B. bei seltenen oder komplexen Erkrankungen) tätig zu werden. Unser Ziel ist eine durchdachte Krankenhausplanung mit mehreren Versorgungstufen und entsprechenden Qualitätsindikatoren und -anforderungen. **Die Bayerische Krankenhausplanung soll konkret nach Qualitäts-, Ausstattungs- und Erreichbarkeitskriterien umgestaltet werden**, damit Patient*innen schnell die nötige Behandlung dort erhalten, wo es entsprechend ihrer Diagnose am besten für sie ist. Darüber hinaus treten wir GRÜNE für eine **Reform des DRG-Fallpauschalen-Systems** (Diagnosis Related Groups): Wir wollen den Anteil **fallzahlunabhängiger Leistungen erhöhen**. So sollten die DRGs um eine **strukturelle Finanzierung** ergänzt werden, welche die Kosten zur **Vorhaltung bedarfsnotwendiger Leistungen** sowie zum schnellen Aufbau notwendiger Reservekapazitäten deckt. Auch eine stärkere Differenzierung der Fallpauschalen nach Versorgungstufen halten wir für notwendig. Maximalversorger und Universitätskliniken, die schwerere Fälle behandeln und dafür gut ausgebildete Ärzt*innen und Pflegekräfte sowie technische Kapazitäten vorhalten, haben eine andere Kostenstruktur als ein Krankenhaus der Grundversorgung. Letztere können vor finanzielle Probleme gestellt werden, wenn sie nicht genügend Fallzahlen für eine ausreichende Finanzierung von nötigen Vorhaltekosten haben, etwa weil die Region dünn besiedelt ist. Dies werden wir bei der Reform nicht aus den Augen verlieren. Der definierte Vorhaltungsbedarf bedarfsnotwendiger Kliniken sollte pauschal vergütet werden.

Auch die **Notfallversorgung** sowie der Rettungsdienst müssen entsprechend einbezogen werden. Für eine gute Notfallversorgung ist nicht allein entscheidend, wie schnell der Rettungswagen ein Krankenhaus erreicht. Genauso wichtig sind die Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten und Ausstattung des Krankenhauses, das der Rettungsdienst anfährt. Daher ist es so immens wichtig, die neue Krankenhausplanung mit Qualitätsanforderungen der Versorgung zu verbinden, und den Rettungsdienst entsprechend einzubeziehen. Derzeit ist eine überfällige Reform der Notfallversorgung auf Bundesebene geplant. Der Sicherstellungsauftrag soll weiter bei den Ländern liegen. Nur so können wir aus einer Hand planen und Strukturen entsprechend evaluieren. Versicherte benötigen ein klar verständliches sektorenübergreifendes Angebot aus einer Hand: eine Notrufnummer, eine Anlaufstelle, eine einheitliche Ersteinschätzung.

Unser Weg dorthin: konkrete Maßnahmen

Wir wollen:

- Einen **Paradigmenwechsel** von der bettengesteuerten Krankenhausplanung hin zu einer „**Leistungsplanung**“, d.h. als Planungsinstrument werden künftig Leistungsbereiche und -gruppen dienen: Für die Krankenhausplanung in Bayern sollen künftig nicht mehr nur Betten zählen, sondern Leistung und Qualität als Planungsgrößen in den Mittelpunkt rücken. Sie sollen die aus unserer Sicht unspezifische „Fachgebietsplanung“ ablösen.⁸
- Regionale **Unterversorgung**, Mehrfachvorhaltungen, Fehlversorgung und Gelegenheitseingriffe aufdecken und reduzieren.
- Die **Erreichbarkeit als ein wichtiges Strukturkriterium etablieren**: Innerhalb von 30 Minuten muss es möglich sein, ein geeignetes Krankenhaus für die Notfallversorgung erreichen zu können.
- Die **Leistungsbereiche und -gruppen sollten mit Qualitätskriterien verknüpft werden**: Es sollen weitere Strukturmerkmale, wie technische oder personelle Vorgaben von einem internationalen Expert*innen-Gremium nach neuestem Stand der Wissenschaft und Forschung entwickelt und definiert werden. Die Ergebnisse sollen dem Landesplanungsausschuss detailliert vorgestellt und mit den Akteuren besprochen werden.
- Für Universitätskliniken eine Lösung zur **Vergütung von Extremkostenfällen** finden, z.B. durch die Einführung eines Risikopools, sowie Zuschläge für Innovationszentren und spezialisierte Zentren sowie für die Vorhaltung definierter Kapazitäten für Katastrophen und Epidemien.
- Den **Rettungsdienst in die Krankenhausplanungsreform einbeziehen** und die Notfallversorgung transparent mit einem sektorenübergreifenden Angebot neu ausrichten.
- **„Green Hospitals“ vorantreiben**: Bei Neu- und Umbauten von Kliniken werden wir Rahmenbedingungen und Standards aufstellen, um zukunftsorientiert und umweltgerecht zu bauen. Gleichzeitig wollen wir Klima-Anpassungs-Maßnahmen in den Kliniken forcieren, um unser System der Gesundheitsversorgung für die Herausforderungen durch den Klimawandel aufzurüsten.
- Die **Gründung einer „Bayerischen Krankenhausversorgungsdatenbank“** (BayKHDa): Diese „Datenbank“ sollte das Versorgungsgeschehen erfassen und laufend weiterentwickelt und gepflegt werden, um notwendige Änderungen sichtbar zu machen.

3. Überwindung der sektoralen Trennung – integrierte wohnortnahe Versorgungskonzepte nutzen

Die starre Trennung zwischen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung, die bis auf einige Inselösungen in der Regelversorgung weiterhin existiert, muss aufgehoben werden. **Wir wollen ein integriertes Versorgungssystem, das eine engere Zusammenarbeit zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen ermöglicht.** Damit lassen sich bspw. die regionale Versorgungsplanung viel besser steuern und Versorgungslücken reduzieren. Für eine erfolgversprechende integrierte Versorgung besitzen die potenziellen Vertragspartner*innen noch zu geringe Gestaltungsmöglichkeiten und sehen sich auch mit einengenden Reglementierungen konfrontiert.⁹ Eine integrierte Versorgung ist dann gewährleistet, wenn die verschiedenen Heilberufe mitgedacht, neue einheitliche Rahmenbedingungen für Qualitätssicherung

⁸ Als Vorbild dienen uns die Überlegungen und Ergebnisse des Gutachtens für NRW. Dies bedeutet, dass wir uns dafür einsetzen werden, dass zum Beispiel das chirurgische Spektrum in Gruppen aufgefächert wird. Die Fachabteilung Chirurgie würde dann so nicht mehr geplant, sondern das Spektrum in die Bereiche Viszeralchirurgie und Bewegungsapparat aufgeteilt. Letzterer würde dann aus den Leistungsgruppen Unfallchirurgie, Endoprothetik Hüfte, Endoprothetik und Wirbelsäulenchirurgie bestehen. Dieser Planungsansatz wird nicht nur im Gutachten für NRW empfohlen, sondern als „Zürcher Modell“ bereits in der Schweiz sehr erfolgreich angewendet.

⁹ Dies gilt u. a. für die eingeschränkte Auswahl der geförderten Disease-Management-Programme, die zulässigen Rechtsformen bei den MVZs und die geforderten Wirtschaftlichkeitsnachweise bei der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V. Die Zulassung der Apotheker*innen als gleichwertige Vertragspartner im Rahmen der besonderen Versorgung und die Gewährung des Leistungserbringerstatus für nach § 87b SGB V besonders förderungswürdige Praxisnetze könnten weitere Optionen für die regionale sektorenübergreifende Versorgung schaffen. Auch die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung hat einen nicht ausgeschöpften Potenzial in dieser Hinsicht.

bestehen und eine angemessene Vergütung für alle erreicht ist, die daran und zusammen arbeiten. Dies hat gerade in ländlichen Regionen und bei der Gesundheitsversorgung älterer oder chronisch kranker Menschen viele Vorteile, denn Diagnostik und Therapie werden immer komplexer. **Alle an der Versorgung beteiligten Akteure werden integriert und kooperieren miteinander (inklusive Apotheken, Pflege, Reha-Kliniken etc.).** Das bedeutet vor allem: keine Irrwege zwischen den vielen Behandler*innen mehr, keine fehlenden Informationen über Therapiealternativen und keine Brüche im Versorgungsablauf. Für eine integrierte Versorgung wollen wir GRÜNE auch die Vorteile der Digitalisierung im Gesundheitswesen nutzen.

Unser Weg dorthin: konkrete Maßnahmen

Wir wollen:

- **Neue Modellregionen schaffen, wissenschaftlich begleiten und evaluieren.**
- Bestehende Probleme für die **Beteiligung nichtärztlicher Akteure im Rahmen der integrierten Versorgung abbauen** und **effektivere Anreizstrukturen** sowie **Qualitätssicherung** etablieren.
- Dass die **Versorgungsverantwortung für alle Versicherten in den jeweiligen Regionen übernommen wird** und nicht an den Grenzen der Kranken- und Pflegekassen Halt macht. So entsteht eine tatsächlich integrierte Versorgung, die alle an der Behandlung beteiligten Akteure gleichermaßen einschließt und die Gesundheitsversorgung in der Region verbessert.¹⁰

4. Gesundheitsversorgung auf dem Land sichern

Um die Gesundheitsversorgung auf dem Land zu sichern, müssen **Versorgungsnetzwerke und Kooperationen** gebildet und eine **Internet- und Verkehrsanbindung** für die örtliche Bevölkerung verbessert werden. Die bayerischen Kommunen können eine moderierende Rolle einnehmen, um zum Beispiel mobile Teams einzurichten, Räume für Praxen, Zweigpraxen zentral (z.B. neben dem Rathaus) und kostengünstig zur Verfügung stellen oder für eine Bushaltestelle direkt vor der Arztpraxis sorgen. Es können in Zusammenarbeit mit schon bestehenden Praxen auch Anstellungs- und Teilzeitmodelle eingerichtet werden. Und es gibt auch die Möglichkeit, dass nicht nur ein Krankenhaus, sondern auch eine Kommune ein eigenes medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) betreibt und dort Ärzt*innen anstellt.¹¹

Um eine bedarfsgerechte Versorgung in den ländlichen Gebieten nachhaltig zu gewährleisten, fordern wir außerdem den Einsatz der Telemedizin und ausgebildeten mobilen Praxisassistent*innen. Fahrdienste sowie mobile Praxisteams sollten durch Primärversorgungspraxen, Zahnärzt*innen und ländliche Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste und Apotheken gestützt werden. So könnten auch in kleinen Orten regelmäßige Sprechstunden von Zahnärzt*innen und Ärzt*innen diverser Fachrichtungen stattfinden bzw. eine aufsuchende Beratung und Versorgungsstruktur sichergestellt werden.

5. Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe fördern

Angesichts der bevorstehenden Herausforderungen wie dem Fachkräftemangel und der alternden Bevölkerung, sind wir überzeugt: es muss ein Umdenken stattfinden. Wir GRÜNE wollen **nichtärztliche Gesundheitsberufe** wie etwa die Pflegekräfte, Hebammen, Logo-, Ergo-, Physiotherapeut*innen oder Medizinische Fachangestellte **stärker in die Versorgung einbinden und mit mehr Kompetenzen und Verantwortung ausstatten**. Das Ziel ist die Optimierung der Versorgungsqualität und -effizienz sowie die Aufwertung der Gesundheitsberufe.

¹⁰ Etwas Derartiges wird beispielsweise im „Gesunden Kinzigtal“ in Baden-Württemberg realisiert. Die Gesundes Kinzigtal GmbH ist eine Gemeinschaftsgründung der OptiMedis AG und des Medizinischen Qualitätsnetzes Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. (MQNK). Sie koordiniert und steuert die medizinische Gesamtversorgung für 33.000 Versicherte der Region Kinzigtal, für alle medizinischen Diagnosen und über alle Leistungserbringer hinweg. Grundlage ist ein im Jahr 2005 mit der AOK Baden-Württemberg abgeschlossener Vertrag zur Integrierten Versorgung. Diesem Vertrag hat sich die SVLFG (vormals LKK Baden-Württemberg) ein Jahr später angeschlossen.

¹¹ vgl. § 95 Abs. 1a Satz 1 1. Halbsatz SGB V.

Dafür sind jedoch Reformprozesse in der **Aus-, Fort- und Weiterbildung** nötig. Eine solche Tätigkeits- und Aufgabenerweiterung der Gesundheitsberufe erfordert aber auch eine umfangreiche Klärung etwa der **Haftungsfragen, Budgetierung und der besseren Vergütung**. Hierzu drei Beispiele.

5.1 Versorgungsassistent*innen in ländlichen Regionen etablieren

Der Einsatz von nichtärztlichen Praxisassistent*innen oder Versorgungsassistent*innen in der Kommune entlastet die Landärzt*innen nicht nur in der Praxis, sondern auch bei Hausbesuchen zur Routinekontrolle bei chronisch Kranken und erweitert die Leistungen der Gemeinde-Hausarztpraxis.

5.2 Die Rolle der Physiotherapeut*innen im Behandlungsprozess stärken

Wir GRÜNE haben uns lange für die Abschaffung der Schulgelder in der Physiotherapie eingesetzt – dies ist ein wichtiger und richtiger Schritt für das Gesundheitswesen in Bayern. Die Physiotherapeut*innen leisten einen bedeutenden Beitrag zu Prävention und Rehabilitation. Der Weg ist aber noch nicht zu Ende. Wir wollen eine Ausbildungsvergütung angelegt an die Pflegeausbildung einführen, eine Akademisierung der Physiotherapeut*innen voranbringen und eine deutlich bessere Bezahlung von deren Leistung und Hausbesuche erreichen.¹²

Wir setzen uns außerdem für mehr Gestaltungsspielräume für Physiotherapeut*innen ein, etwa durch Blankoverordnungen und einen Direktzugang. Aufgrund der erweiterten Kompetenzen sollte der Direktzugang nur bei Physiotherapeut*innen mit einschlägigem Hochschulstudium und zugehöriger klinisch-praktischer Qualifikation möglich sein. Dazu sollen breite und belastbare Evaluationsstudien zur Wirksamkeit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit durchgeführt werden.

5.3 Hebammen fördern – damit Schwangere und Kinder in guten Händen sind

In Bayern werden erfreulicherweise wieder mehr Kinder geboren, doch es mangelt an Hebammen in den Kliniken sowie an ausreichender Wochenbettversorgung. Für uns GRÜNE ist die Sicherung der wohnortnahen Versorgung mit Hebammen sowie die Erhaltung der Wahlfreiheit bei der Geburt essenziell. Wir haben uns unermüdlich für den Berufsstand der Hebammen sowie für die Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung in Bayern in den letzten Jahren eingesetzt. In der letzten Legislaturperiode haben wir als erste Landtagsfraktion ein Förderprogramm für Hebammen vorgeschlagen. Teilweise übernahm die Staatsregierung unsere Vorschläge und führte ein Förderprogramm für Hebammen und Geburtshilfe ein; auch die Akademisierung wurde endlich umgesetzt. Nichtsdestotrotz wollen wir die Situation weiterhin verbessern, denn die Versorgungslage bleibt angespannt.

Unser Weg dorthin: konkrete Maßnahmen

Wir wollen:

- Einsatz von **Versorgungsassistent*innen** zur Entlastung der Hausärzt*innen auf dem Land stärken.
- **Akademisierung der Physiotherapeut*innen** weiter voranbringen.
- Eine **Diagnostik-Position** einführen, damit Physiotherapeut*innen eine zielgenaue Therapie durchführen können.
- **Ungerechte Vergütungssituationen der Physiotherapeut*innen aufheben.**
- **Flexible Therapiezeiten** in der Physiotherapie ermöglichen
- **Mehr Zeit** für die eigentliche Physiotherapie-Behandlung der Patient*innen,
- Ein erweitertes **Förderprogramm für Hebammen** mit zusätzlichen Mitteln in Höhe von 5 Mio. Euro. Die Mittel dienen insbesondere den Zuschüssen an Hebammen zur Gründung der Hebammenpraxen,

¹² In der Pflege variiert die Höhe der Vergütung. In jedem Fall erhalten die Auszubildenden ab dem ersten Ausbildungsjahr eigenes Gehalt (in der Regel ca. 1.000 Euro), das mit jedem Ausbildungsjahr steigt.

zur Förderung von Wohnheimen für Hebammen in den Ballungsräumen und für Stipendien zur Förderung des Hebammen-Nachwuchses und der Förderung der Einrichtung von hebammengeleiteten Kreißsälen.

- Systematische Erhebung von **Daten zum Hebammenmangel** sowie auch zum Bedarf an Ausbildungsplätzen in Bayern umsetzen, um gezielte Steuerung und Planung der Ausbildungsangebote zu ermöglichen.
- Die **Anzahl der Hebammen in Kreißsälen** steigern, so dass eine 1:1-Betreuung während der Geburt möglich ist; höhere Verdienste für Hebammen.
- Kliniken verpflichten, ihren **Hebammen-Betreuungsschlüssel** und ihre Maßnahmen zur Vermeidung von medizinisch unnötigen Kaiserschnitten zu **veröffentlichen**.
- Für mehr freiberuflich arbeitende Hebammen in der Geburtshilfe in unterversorgten Regionen durch einen Sicherstellungszuschlag sorgen.
- Die **Arbeitsbedingungen für angestellte Hebammen in Geburtskliniken verbessern** – zum Beispiel durch konsequente Entlastung von fachfremden Tätigkeiten. Hierzu sollen auch die Tarifsteigerungen refinanziert werden.
- Ärzt*innen gesetzlich dazu verpflichten, Schwangere über ihren Anspruch auf Hebammenhilfe zu informieren.
- **Mütter nach der Geburt stärker unterstützen** und den Anspruch auf eine Haushaltshilfe nach der Geburt ausweiten, insbesondere auch für Alleinerziehende.
- Die teuren Haftpflichtversicherungen in der Geburtshilfe sowohl bei Hebammen als auch bei Ärzt*innen in ein **öffentlich-rechtliches Haftpflichtsystem für alle Gesundheitsberufe** überführen.
- Die **Vergütung von Spontangeburten** (physiologischen Geburten) und Kaiserschnitten **angleichen**.
- Schnellere **Anerkennung der Qualifikationen von ausländischen Fachkräften**, falls sie notwendige Qualifikation mitbringen, bzw. Angebote der Zusatzausbildung erweitern.
- **Digitalisierung und Entbürokratisierung vorantreiben**, um den Dokumentationsaufwand zu senken.

6. Niemanden zurücklassen, alle im Blick haben

Wir wollen, dass Patient*innen mehr in die Therapie einbezogen und über die richtige Behandlungseinrichtung informiert werden. Die Unabhängige Patientenberatung sollte intensiver bekannt gemacht, deren Unabhängigkeit garantiert und niedrigschwellig, flächendeckend erreicht werden. Wir wollen, dass Patient*innen auch **verständlich und transparent** über die **Qualität** informiert werden. Dafür wollen wir unter anderem auch die „Weiße Liste“ weiterentwickeln und vor allem bekannter machen.¹³ Jeder muss einen einfachen und niederschweligen Zugang zu objektiven **gesundheitsrelevanten Informationen** haben.

Unser Weg dorthin: konkrete Maßnahmen

Wir wollen:

- **Niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten** zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung **für Menschen mit Behinderung** sichern und weiterentwickeln.
- Dass der **barrierefreie Zugang** im Gesundheitssektor selbstverständlich wird. Bei der neuen Ärztesitzvergabe sollte der behindertengerechte Zugang ein festes Kriterium werden; die Umbaumaßnahmen in Kliniken zu diesem Zweck wollen wir staatlich fördern.

¹³ Die Weiße Liste unterstützt Patient*innen und Angehörige bei der Suche nach Ärzt*innen oder Krankenhaus – mit verständlichen und unabhängigen Informationen. Das Internetportal ist ein Projekt der Bertelsmann Stiftung. Strategische Partner und Co-Initiatoren der Weißen Liste sind die Dachverbände der größten Patient*innen- und Verbraucherorganisationen. Die Verbände begleiten das Projekt mit Blick auf die Interessen von Patient*innen und Verbraucher*innen.

- Die **Forschung zu gesundheitlicher Chancengleichheit fördern**, um Maßnahmen zielgerecht zu entwickeln und umzusetzen.
- Die **Unabhängige Patientenberatung (UPD) neu aufstellen**: Diese sollte unabhängig sein, regional, und telefonisch angeboten werden, qualitativ hochwertig sein und regionale Akteure sowie Selbsthilfe-Gruppen und Patient*innen- und Verbraucherorganisationen einbinden.
- Die **Weiße Liste** – eine Informationsplattform zur Qualität im Gesundheitswesen – weiterentwickeln und **bekannter machen**.

7. Digitalisierung vorantreiben, telemedizinische Strukturen schaffen

Durch die Corona-Krise hat die Digitalisierung im Gesundheitswesen einen Schub erlebt. Insbesondere im ländlichen Raum kann ein telemedizinisches Therapiemonitoring eine wichtige Rolle einnehmen. Dadurch wird die Kommunikation und Vernetzung zwischen den Gesundheitserbringern untereinander und mit den Patient*innen erleichtert. Dass dies Sinn macht und gut funktioniert, zeigt sich in der Corona-Krise deutlich. Insbesondere chronisch kranke Patient*innen konnten auch über größere Distanzen begleitet werden. Mit der **verantwortungsvollen Nutzung der Telemedizin** können wir Patient*innen lange Wege sowie Wartezeiten ersparen, zum Beispiel mittels Telekonferenzen oder Televisiten die Diagnose und Genesung beschleunigen, Prävention und Nachsorgeangebote effektiv und sicher gestalten. Kurzum – im Gesundheitswesen liegt ein enormes Potenzial von modernen Informations- und Kommunikationstechnologien. Ganz besonders medizinisch unterversorgte Regionen profitieren davon. Allerdings ist die Digitalisierung kein Selbstzweck und um die Vorteile effektiv zu nutzen, benötigt es bestimmter Voraussetzungen: das Vorhandensein schneller Internetverbindungen, gute telemedizinische Strukturen und vor allem muss zu jeder Zeit der Datenschutz gesichert sein. Die digitalen Instrumente müssen nicht nur technologisch fortschrittlich, sondern auch einfach und nutzerorientiert in der Anwendung sein.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist derzeit geprägt durch unzureichende Finanzierung und einer Vielzahl an Pilotprojekten anstatt von umfassenden und einheitlich ausgerollten Digitalisierungsinitiativen in den Einrichtungen und Kliniken. Zur Unterstützung der Digitalisierungsstrategie soll der Freistaat Bayern deshalb eine gezielte Projektförderung für Kliniken und Einrichtungen einrichten, die sich für den Ausbau digitaler Prozesse für mehr Effizienz und Behandlungsqualität sowie weniger Dokumentationsaufwand entscheiden und diese zügig umsetzen wollen.

Zudem kann die Versorgung von Patient*innen durch hochwertige, strukturierte und interoperable Gesundheitsdaten verbessert werden. Davon könnte auch die Forschung profitieren. Deshalb setzen wir uns neben dem Ausbau der digitalen Infrastruktur auch für eine dezentrale Forschungsdateninfrastruktur ein.

Unser Weg dorthin: konkrete Maßnahmen

Wir wollen:

- Die **Digitalisierung im Gesundheitswesen gezielt vorantreiben** und die Chancen der Digitalisierung insb. in Kliniken und Pflegeeinrichtungen besser nutzen..
- Finanzielle Mittel bereitstellen, um **IT-Investitionen** und digitale Möglichkeiten wie den zügigen Ausbau der Telemedizin in Kliniken gezielt zu fördern.
- Die sektorenübergreifende **elektronische Patientenakte vorantreiben**, damit weitere digitale Anwendungen darauf aufbauen können.
- Die flächendeckende **Telematik-Infrastruktur ausbauen** und stärken.

- Die Qualität und Interoperabilität von Gesundheits- und Forschungsdaten systematisch erhöhen und eine entsprechende dezentrale Dateninfrastruktur aufsetzen.
- Den Patientenwillen berücksichtigen und die **Datensicherheit** stets garantieren.
- Die **Nutzerfreundlichkeit** und die **Barrierefreiheit bei digitalen Anwendungen** stärker berücksichtigen.

ECKPUNKTE bzw. unsere ZIELE

Kurz- und mittelfristig wollen wir:

- Versorgungssituation gründlich überprüfen, regionalen Bedarf der Bevölkerung realitätsnah ermitteln
- Bedarfsplanung am Patientenwohl orientieren, ungleiche Versorgung abbauen
- Sektorale Trennung endlich überwinden, Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe fördern
- Nichtärztliche Heilberufe stärken und Zusammenarbeit fördern
- Digitalisierung in Kliniken und stationären Einrichtungen und Telemedizin vorantreiben
- Mobile Strukturen im ländlichen Raum schaffen und fördern
- Bayerischen Krankenhausplan reformieren und qualitätsorientierte Krankenhausplanung sowie Leistungssteuerung in Bayern durchsetzen
- Qualitätstransparenz erhöhen
- Niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung für alle Menschen sichern

Langfristig wollen wir:

- Sektorenverbindende Landesgesundheitsversorgungsplanung mit einem durchdachten Versorgungsnetz, bestehend aus spezialisierten Netzwerken aus Fachkliniken mit Hightechmedizin bis zu wohnortnahen Gesundheitszentren und pflegerischer Nachversorgung etablieren



Stand: Januar 2021



KONTAKT:

Christina Haubrich, MdL,
Gesundheitspolitische Sprecherin
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
im Bayerischen Landtag
Maximilianeum, 81627 München

Tel.: 089 4126-2554

christina.haubrich@gruene-fraktion-bayern.de
www.gruene-fraktion-bayern.de