

Grundposition zur Gesundheitsversorgung

Das deutsche Gesundheitssystem unterliegt seit vielen Jahren intensiven Streitigkeiten der zahlreichen Akteure im Gesundheitswesen und ihrer Verbände. Apotheken schlagen Alarm, weil Engpässe bei lebenswichtigen Medikamenten drohen. Niedergelassene Ärzte halten ihre Praxen geschlossen, um eine Neuregelung von Honorar-Budgets zu erkämpfen. Krankenhäuser kündigen bei Umsetzung des Krankenhausplans reihenweise Schließungen an. Und gleichzeitig steigen für sehr viele Krankenversicherte die Zusatzbeiträge.

Die mit immer größerem Nachdruck vorgetragenen Einzelinteressen – so berechtigt sie aus Sicht der jeweiligen Berufsgruppen und Wirtschaftsverbände sein mögen – verunsichern die Menschen zunehmend. Unstrittig ist, dass das Gesundheitssystem vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der Ausweitung des Niedriglohnsektors sowie des technisch-medizinischen Fortschritts weiterentwickelt und die Finanzierung gesichert werden muss. Jedoch dürfen Reformen nicht einseitig ökonomischen Zwängen und partikularen Interessen unterliegen. Bereits seit den 80er Jahren zeichnet sich ein Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik ab: Der Trend geht weg von Patienten hin zur Kommerzialisierung von Gesundheitsleistungen. Diese Entwicklung muss aus unserer Sicht nicht nur gestoppt, sondern umgekehrt werden. Bei Gesundheitsfragen dürfen sich nicht diejenigen mit ihrer Position durchsetzen, die am lautesten auftreten, sondern die Politik muss Entscheidungen im Interesse der bestmöglichen Versorgung von akut oder chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen treffen.

Flächendeckende unentgeltliche Gesundheitsleistungen

Unser Grundgesetz sichert jedem Menschen das Recht auf körperliche Unversehrtheit zu. Die UN BRK konkretisiert dieses Recht dahingehend, dass Gesundheitsleistungen unentgeltlich oder zu erschwinglichen Preisen und so gemeindenah wie möglich, auch in ländlichen Gebieten, angeboten werden müssen. Diese Menschenrechte verpflichten Politik und Gesellschaft, die Ziele einzuhalten.

In Deutschland existiert ein Versicherungssystem, das alle Menschen umfasst und gegen sozial gestaffelte Versicherungsprämien Gesundheitsleistungen – in der Regel – in Form von Sachleistungen anbietet. Dieses Sachleistungsprinzip sichert volle Teilhabe an den Leistungen unseres Gesundheitswesens, wurde zuletzt aber zunehmend ausgehöhlt. So war das Gesundheitssystem durch Kürzung des Pflichtleistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und höhere Eigenbeteiligungen der Versicherten geprägt. Diese dienten in erster Linie der Stabilisierung der Beitragssätze, verschlechterten aber die Gesundheitschancen insbesondere für benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Leistungsausgrenzungen (z.B. im Bereich der Sehhilfen), umfangreiche Zuzahlungsrege-

lungen und eine zunehmende Anzahl zum Teil aggressiv angebotener individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) führten auch unter Berücksichtigung von Härtefallregelungen zu einer immer stärkeren Belastung von Versicherten. Betroffen sind hiervon insbesondere Bezieher niedriger Einkommen, Rentner und chronisch kranke Menschen.

Krankenhausplan NRW

Ein besonderes Augenmerk liegt seit Jahren auf der Reform der Krankenhausplanung. Nach bisherigem Kenntnisstand soll der Krankenhausplan NRW bis zum Jahresende 2024 stehen. Das gilt für die allgemeinen qualitativen und strukturellen Bedingungen, die ein Krankenhaus erfüllen muss, damit es einen Versorgungsauftrag erhält, sowie für die regionalen Planungskonzepte.

Mit dem Krankenhausplan wird eine neue Planungssystematik eingeführt. Es werden künftig sogenannte Leistungsbereiche und Leistungsgruppen ausgewiesen, die die medizinischen Fachgebiete abbilden. Das neue Planungssystem führt einheitliche und überprüfbare Qualitätsvorgaben je Versorgungsangebot für alle Krankenhäuser ein. Die Krankenhausplanung wird nicht mehr wie bislang vorrangig die Plangröße Bett zu Grunde legen, sondern von den tatsächlichen Fallzahlen in den verschiedenen Leistungsbereichen ausgehen. Damit orientiert sich die Krankenhausplanung stärker als bisher am tatsächlichen Versorgungsgeschehen. In den neuen Krankenhausplan fließen zudem auch die Erfahrungen der Corona-Pandemie ein: Die flächendeckende Grundversorgung (mit den Leistungsbereichen allgemeine Chirurgie, allgemeine Innere Medizin, Notfallversorgung) soll gestärkt werden. In Nordrhein-Westfalen soll für über 90 Prozent der Bevölkerung ein Krankenhaus der Grundversorgung innerhalb von 20 Autominuten erreichbar sein. Der Plan schreibt auch die flächendeckende Vorhaltung der Intensivmedizin fest. Künftig werden außerdem auch Abteilungen für Lungenheilkunde, die in der Pandemie eine besondere Rolle gespielt haben, wieder im Krankenhausplan ausgewiesen. Der VdK wird im Interesse seiner Mitglieder ein besonderes Augenmerk darauf haben, dass es bei der Umsetzung des Krankenhausplans tatsächlich zu einer wohnortnahen Grundversorgung kommt.

Außerdem wird der VdK sich dafür einsetzen, dass auch bei größeren Entfernungen zwischen dem Krankenhaus, in dem die Behandlung stattfindet, und dem Wohnort von Patienten der persönliche Kontakt zu nahen Angehörigen in Form von Krankenbesuchen weiterhin gewährleistet ist. Es ist unstrittig, dass solche Kontakte für die Genesung nicht nur förderlich, sondern in nicht wenigen Fällen unverzichtbar sind. Weitere Wege in der Spezialversorgung bedeuten höhere Fahrtkosten, im Einzelfall vielleicht sogar die Notwendigkeit zur Übernachtung. Nicht jeder Angehörige wird sich das leisten können. Die Krankenhausreform muss deshalb ergänzt werden um eine soziale Komponente, unabhängig von der Frage, ob diese im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung oder auf dem Gebiet des Grundsicherungsrechts (etwa als Sonderbedarf) angesiedelt wird.

Langfristig sollte die getrennte Planung der Gesundheitsversorgung durch einerseits stationäre Krankenhäuser und andererseits ambulante Arztpraxen miteinander verzahnt und in eine Gesamtplanung überführt werden.

Stärkung ländlicher Räume und neue Versorgungsformen

Die besten Bedarfsplanungen dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Besetzung von Planstellen für niedergelassene Ärzte insbesondere in ländlichen Gebieten immer schwieriger wird. Dies liegt unter anderem an einem besonders hier spürbaren Bevölkerungsrückgang bei gleichzeitig überproportionalem Zuwachs an Älteren sowie an einer fortwährenden Ausdünnung des Liniennetzes des ÖPNV. Diese Faktoren machen eine dortige Niederlassung vor allem bei jungen Ärzten wenig reizvoll. Hier muss dringend nachgesteuert werden, damit abgelegene Regionen wieder an Attraktivität gewinnen.

Die Sicherung einer wohnortnahen ärztlichen Grund- bis zu einer fachmedizinischen Versorgung, insbesondere auch in ländlichen Räumen, können Medizinische Versorgungszentren (MVZ) ermöglichen. Ärztinnen und Ärzte sind dort Angestellte und tragen nicht das wirtschaftliche Risiko einer eigenen Praxis. Es bleibt mehr Zeit für das Kerngeschäft: die medizinische Versorgung. Flexiblere Arbeitszeiten und eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf fallen ebenfalls leichter. Das erhöht die Attraktivität vor allem auch für jüngere Medizinerinnen und Mediziner. Problematisch sind indes Finanzinvestoren, die eine hohe Gewinnerwartung an den MVZ-Betrieb stellen, was zu Lasten der Patientinnen und Patienten geht. Die Förderung kommunaler MVZ ist daher im Interesse des VdK.

Einen Beitrag zur medizinischen Versorgung in unterversorgten Gebieten kann auch die „community health nurse“ oder „GemeindeschwesterPlus“ bieten. Modelle werden etwa in Rheinland-Pfalz schon erprobt. Die Gemeindeschwester Plus bietet aufsuchende Beratung und Unterstützung an mit dem Ziel, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern und Ansprechperson zu sein. Darüber hinaus initiieren die Gemeindeschwestern auch soziale Angebote vor Ort, die gesundheits- und selbstständigkeitsfördernd sind. Das ist gerade für Menschen im hohen Alter ein wichtiges Angebot, das gleichzeitig Einsamkeit vorbeugt. Darüber hinaus muss in den Einrichtungen der Grundversorgung geriatrisches Fachwissen vorhanden sein, damit ältere Patienten adäquat behandelt werden können.

Wichtig ist bei allen Bemühungen um eine bessere Versorgung, dass die Ausgestaltung der Angebote, insbesondere der Arztpraxen, Therapieeinrichtungen und Apotheken, aber auch der medizinischen Geräte, Medikamentenpackungen und -beschreibungen barrierefrei erfolgt.

Der Sozialverband VdK NRW fordert daher:

- Eigenbeteiligungen von Patienten im System der Gesetzlichen Krankenversicherung zu reduzieren.
- Das Angebot an kostenfreien Vorsorgeuntersuchungen ausbauen.
- Eine effizientere und qualitätssteigernde Umgestaltung der Krankenhauslandschaft NRW unter Aufrechterhaltung einer wohnortnahen Grundversorgung.
- Eine frühzeitige Einbeziehung von Patientenverbänden in die Planung.
- Die Sicherstellung einer Notfallversorgung für alle Patient*innen
- Keine Zulassung von neuen Arztpraxen und Therapieeinrichtungen, die nicht barrierefrei sind.
- Förderung von Medizinischen Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft zur wohnortnahen Grund- und Fachversorgung insbesondere in ländlichen Räumen