

Thesen für eine bessere gesundheitliche Versorgung des ländlichen Raums

- 1. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz löst nicht die Versorgungsprobleme im ländlichen Raum**
- 2. Ebenso wie der ländliche Raum sind auch manche städtische Regionen oder Stadtviertel von einer Unterversorgung betroffen**
- 3. Gesundheit umfasst mehr als Kuration durch Medizin und Pflege: Prävention und Gesundheitsförderung zur Förderung von gesunden Lebensbedingungen und eigenverantwortlichen Gesundheitsverhalten vorantreiben**

Prävention und Gesundheitsförderung sind insbesondere im ländlichen Raum durch entsprechende Projekte zu fördern. Bspw. könnten zur Förderung der Prävention und Gesundheitsförderung Pflegefachkräfte im Rahmen eines präventiven Hausbesuchs die Ressourcen und Fähigkeiten von Patienten erfassen und gesundheitsförderlich und präventiv beratend und schulend tätig werden.

- 4. Soziale Gerechtigkeit/Sozialer Status/Zugang von benachteiligten Menschen bei der Ausgestaltung der Versorgung beachten**

Sozialpolitik und das Sozialsystem sind integrativer Bestandteil von Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung. Versorgungsgerechtigkeit bleibt ein stets anzustrebendes forderndes, jedoch schwer zu erreichendes Ziel

- 5. Beteiligung der Patienten fördern**
 - a. Beteiligung von Patienten an der Ausgestaltung der medizinisch-pflegerischen und gesundheitsförderlichen Infrastruktur im ländlichen Raum
 - b. Stärkung sozialer Netzwerke insbesondere dort, wo Familien keine Unterstützung mehr leisten können
- 6. Die Caritas mit ihren Diensten und Einrichtungen muss ein Teil des Gemeinwesens sein/werden**
- 7. Änderungen bei der Bedarfsplanung**
 - a. Regionalisierung der Versorgungsstrukturen: Einbeziehung der Länder und Kommunen in die Planung der regionalen Gesundheitsversorgung,
 - b. Abgabe von Bundeskompetenzen und Kompetenzen der Kassenärztlichen Vereinigungen an die Länder
 - c. Sektor-übergreifende Bedarfsplanung
 - d. Einbeziehung aller Leistungserbringer in die regionale Bedarfsplanung
 - e. Einbeziehung der Sozialplanung in die medizinisch-pflegerische Bedarfsplanung
 - f. Sozialraumorientierung der Hilfen
- 8. Flexibilisierung der Versorgungsstrukturen notwendig:**
 - a. Vernetzte Versorgung und Versorgungsmanagement vorantreiben (Praxisnetze, integrierte Versorgung, MVZ, Fallmanagement)
 - b. Verbesserung der Mobilität von Patienten und Dienstleistungen

Sowohl bei Patienten als auch bei deren Angehörigen wird durch die demographische Entwicklung auf dem Land die Mobilität eingeschränkt. Die weiten Wege im ländlichen Raum müssen sich bei den professionellen Leistungsanbietern in den Versorgungskonzepten (z.B. Mobile Praxis, Zweigpraxen mit stundenweisen Öffnungszeiten an bestimmten Tagen, Arzttaxis) und in den Vergütungsstrukturen niederschlagen (z.B. Wegepauschalen in der Häuslichen Krankenpflege an die weiten Wege anpassen)

9. Pflege stärken und in die Versorgung im ländlichen Raum stärker einbeziehen

a. Fachkräftemangel bei Ärzten und Pflegekräften angehen

Im Gegensatz zu Ärzten, bei denen es, wenn man die vorhandenen Köpfe zählt, in Ballungszentren in attraktiven Regionen eine Überversorgung, in anderen jedoch eine Unterversorgung gibt, ist bei Pflegefachkräften durchgängig ein Fachkräftemangel zu beobachten. Lösungsansatz: Ausbildung in der Pflege fördern. Abwanderung stoppen, indem Ausbildungsangebote im ländlichen Raum belassen werden und nicht in Städten konzentriert werden. Denn dort wo ausgebildet wird, wird Identifikation mit der Region gefördert und bleiben Fachkräfte im Anschluss auch eher wohnen. Eine Förderung der Infrastruktur erhöht die Attraktivität der Regionen für Ärzte und Pflegekräfte. Weitere innerbetriebliche Maßnahmen: Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Führungskompetenzen und eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Investitionen in ein gutes Betriebsklima und einen wertschätzenden Umgang miteinander.

b. Die vorhandenen Kompetenzen der Pflege in die medizinisch-pflegerische Versorgung einbeziehen

Pflegekräfte, ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen verfügen über vielfältige Kompetenzen, die bisher nicht für die Versorgungsoptimierung genutzt werden. Dies betrifft insbesondere die Felder allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Wundmanagement, Diabetes, Beratung, Schulung, Begleitung und Anleitung von Angehörigen bei Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus, sowie Koordination der Versorgung (Casemanagement/Fallmanagement) insbesondere von multimorbiden Patienten. Statt dessen werden von Krankenkassen und Bundesärztekammer andere Berufsgruppen (z.B. ArzthelferInnen, medizinische Fachangestellte, nicht-ärztliche Praxisassistentinnen) herangezogen und mit eigens entworfenen Curricula für die Erbringung von Teilbereichen medizinisch-pflegerischer Leistungen im Rahmen der Delegation qualifiziert (vgl. AGnES, Verah, EVA etc.). Die fachlichen Anforderungen dieser Qualifikationen liegen jedoch unterhalb der Anforderungen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege oder bspw. der Ausbildungen im Casemanagement. Die Verbände der Pflege und der Leistungserbringer in der Pflege werden von Kassen und Ärzten bisher kaum in die Konzeption, Präsentation und Evaluation solcher Modellprojekte eingebunden. Es besteht die Gefahr, dass damit Doppelstrukturen geschaffen werden.

c. Kompetenzrahmen für Pflegefachkräfte für die Erbringung von medizinisch-pflegerischen Leistungen im ländlichen Raum erweitern: Delegation versus Substitution

Die rechtliche Situation in der Pflege ermöglicht bisher bis auf wenige Ausnahmen nur die Delegation (d.h. Übernahme von vom Arzt verordneten medizinisch-pflegerischen Leistungen), jedoch nicht die Substitution (d.h. eigenverantwortliche Diagnosestellung,

Anordnung und Durchführung) von medizinisch-pflegerischen Leistungen. Im Ausland gibt es bereits erfolgreiche Konzepte, in denen die Pflege eigenständig Leistungen erbringt (vgl. Advanced Nursing Practice, Community Health Nurse, District Nurse). Die voranschreitende Akademisierung der Pflegeberufe bietet dazu Chancen für neue Berufsbilder und Aufgabenzuschnitte. Durch Modellversuche nach § 63 c SGB V sollen die Möglichkeiten der Substitution von bestimmten Tätigkeiten durch Pflegefachkräfte (PFK) auch in Deutschland erprobt werden. Diese Modellversuche müssen qualitätsgesichert sein und evaluiert werden und müssen kosteneffizienter sein als die bisherige Versorgung. Problematisch daran ist, dass diese Kompetenzen nur während der Ausbildung zur PFK erworben werden sollen und nicht nach Abschluss der Ausbildung erworben oder durch bestimmte bereits geleistete Zusatzqualifikationen anerkannt werden können. Zukunftsvision: Entwicklung von Tandempraxen im Bereich Medizin und Pflege und die Versorgung im ländlichen Raum sicherzustellen.

- d. Konzept der Familiengesundheitspflege (FGP) z.B. im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) einführen
- e. Ausbau der ambulanten Pflegedienste als Anlaufpunkt und zur Erbringung komplementärer Dienstleistungen in Versorgung, Hauswirtschaft und Pflege
- f. Pflege in die Selektivverträge der Krankenkassen substantiell einbeziehen

Die AOK hat zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung im ländlichen Raum eine Vielzahl von Selektivverträgen aufgelegt, die sie jedoch vor allem mit Krankenhäusern und Ärzten geschlossen hat. Ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen sind an solchen Verträgen (z.B. im Rahmen der Integrierten Versorgung) bisher kaum beteiligt. Ein Problem ist auch die fehlende Transparenz über die vorhandenen Selektivverträge: es gibt keine Übersicht wo welche Kasse mit welchen Partnern welche Selektivverträge mit welchen Inhalten zu welchen Konditionen und abgeschlossen hat. Es sollte eine Vorlagepflicht für solche Selektivverträge geben, damit die regionale Versorgung besser geplant und moderiert werden kann.

- g. Die Politische Beteiligung und Vertretung der Profession der Pflege bei der Ausgestaltung der medizinisch-pflegerischen Versorgung ausbauen

Bei der Ausgestaltung der medizinisch-pflegerischen Versorgung ist die Berufsgruppe der Pflegenden/pflegerische Leistungserbringer bisher nicht gleichberechtigt an den maßgeblichen Organen der Selbstverwaltung wie z.B. dem Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beteiligt. Dies führt einmal dazu, dass die Pflege nicht als Vertragspartner wahrgenommen wird, aber auch, dass die durch die an die Pflege delegierten medizinisch-pflegerischen Leistungen z.B. im Bereich der ambulanten häuslichen Pflege inhaltlich nicht adäquat abgebildet und vergütet werden. Ebenso fehlt eine durchgängige Beteiligung der Profession der Pflege bei der medizinisch-pflegerischen Bedarfsplanung auf Bundes-, Landes- und regionaler bzw. kommunaler Ebene

10. Wettbewerb der Kassen sollte um die beste Versorgung statt um die zahlungskräftigsten und gesündesten Versicherten gehen

11. Die Krankenkassen sollten Versorgungsanreize für eine bessere allgemeine medizinische-pflegerische Versorgung setzen statt einer Förderung der spezialisierten und operativen ärztlichen Disziplinen

12. Versorgungsforschung muss vorangetrieben werden

13. Ergebnisse bewährter Modellprojekte bekannt machen und in die Regelversorgung überführen

Viele Modellprojekte, die sich bewährt haben, werden nicht in die Regelversorgung übernommen. Es sollten Kriterien für die Beurteilung von Modellprojekten entwickelt werden, damit erfolgreiche Modellprojekte auch auf andere Regionen übertragen werden können. Anhand dieser Kriterien kann dann auch besser beurteilt werden, welche der Ergebnisse der Modellprojekte anschließend eine Grundlage für eine gesetzliche Verankerung bilden sollten.