



BARMER

Gesundheit weiter gedacht

© Adobe Stock/David Brown

Gesundheitspolitische Positionierung der BARMER zur Landtagswahl 2021 in Rheinland-Pfalz



#LTWRLP21

Genderhinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsneutrale Differenzierung verzichtet. Die Begriffe gelten für beide Geschlechter und beinhalten keine Wertung.

VORWORT

Liebe Leserin, lieber Leser!

Rheinland-Pfalz verfügt über umfangreiche Versorgungsstrukturen: Über 8.000 Ärzte und Psychotherapeuten im vertragsärztlichen Bereich, rund 100 Krankenhausstandorte, mehr als 50 Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, über 500 Pflegeheime und rund 500 ambulante Pflegedienste sowie mehr als 950 Apotheken stellen die Versorgung im Land sicher.

Doch unser Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen: Die medizinische Versorgung muss auf einen stetig steigenden Anteil älterer Menschen ausgerichtet werden. Das Gesundheitssystem sollte sich dabei noch stärker an den Bedürfnissen der Patienten orientieren. Patienten wollen eine umfassende und qualitativ hochwertige Versorgung. Sie wollen am medizinisch-technischen Fortschritt teilhaben.

Deshalb müssen wir die Strukturen mit Augenmaß weiterentwickeln. Auf den kommenden Seiten möchten wir die Problemfelder erläutern, die aus unserer Sicht in Rheinland-Pfalz (RLP) Priorität haben, die es auf landespolitischer Ebene zu gestalten gilt. Das Zielbild ist ein Gesundheitssystem, das einen mündigen Patienten zur richtigen Zeit am richtigen Ort behandelt und dabei alle notwendigen Akteure einbindet. Hierzu möchte die BARMER in Rheinland-Pfalz ihren Beitrag leisten und damit das leistungsstarke, solidarische System der GKV voranbringen.

Wir freuen uns auf den gesundheitspolitischen Austausch mit Ihnen.



Dunja Kleis

Landesgeschäftsführerin der BARMER in Rheinland-Pfalz/ Saarland

LTWRLP21: Das ist wichtig im Gesundheitssystem

Krankenhausversorgung nachhaltig weiterentwickeln

Patienten müssen in dem am besten geeigneten Krankenhaus behandelt werden - die Patientensicherheit muss an erster Stelle stehen. Für gute Behandlungsergebnisse ist nicht die Nähe, sondern die Ausstattung von Krankenhausstandorten ausschlaggebend. Der Krankenhausmarkt muss durch den Einstieg in eine Qualitäts- und Leistungsplanung neu geordnet werden.

Stärkere Koordination und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Interdisziplinäres und professionenübergreifendes Arbeiten muss der Leitgedanke in der Versorgung sein. Eine gute und effektive medizinische Versorgung kann nur gelingen, wenn die Planung für Arztpraxen und Krankenhäuser aus einer Hand erfolgt und auch die Notfallversorgung und die Rettungsleitstellen mit einbezogen werden.

Ambulante Versorgung stärken und flächendeckend sicherstellen

Immer mehr Behandlungen können künftig ambulant erfolgen. Daher sollte die ambulante Versorgung weiter gestärkt werden. Der Aufbau kooperativer Versorgungsstrukturen wie regionale Versorgungsverbünde oder medizinische Versorgungszentren kann einen wichtigen Beitrag leisten, die Ärzte besser zu vernetzen und die vorhandenen Ressourcen optimal zu nutzen.

Chancen der Digitalisierung nutzen

Modernste Technik hilft beim Gesundwerden. Sie spart Patienten lange Wege und Wartezeit, beschleunigt Diagnosen und Behandlungen. Für die Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung in einem Flächenland wie Rheinland-Pfalz bietet die Telemedizin viel Potenzial.

Pflege zu Hause stärken

Die familiäre und selbstorganisierte Pflege bildet das Fundament der Pflege in Rheinland-Pfalz. Sie sollte durch den Ausbau entsprechender Infrastruktur gestärkt werden - vor allem der Unterstützungsangebote im Alltag, aber auch der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege.

KRANKENHÄUSER

Krankenhausplanung proaktiv gestalten

Die Krankenhausversorgung in RLP ist durch ein umfangreiches, ausdifferenziertes und wohnortnahes Versorgungsangebot geprägt. Doch die Strukturen weisen Schwächen auf, die immer deutlicher zutage treten: Aufgrund der hohen Krankenhausdichte konkurrieren die Häuser um Personal sowie um Betriebs- und Investitionsmittel. Dies spiegelt sich in der insgesamt schlechten wirtschaftlichen Lage vieler Krankenhäuser wider. Darüber hinaus stehen viele Betten leer - RLP hat mit 70,2 % bundesweit den niedrigsten Auslastungsgrad.

Die Folge ist ein teils ruinöser Wettbewerb, bei dem benachbarte Kliniken ein fast identisches Leistungsangebot vorhalten. Beispiel für ein solch unkoordiniertes Versorgungsangebot ist die kardiologische Versorgung im Raum Koblenz. Hier werden im Umkreis von nur 30 km mit 7 Linksherzkathetermessplätzen teure Doppelstrukturen vorgehalten.

In solchen Fällen ist es Aufgabe der Planungsbehörde, steuernd in das Leistungsgeschehen einzutreten. Sie muss den Krankenhausmarkt so ordnen, dass dem Bedarf an Krankenhausleistungen geeignete medizinische Strukturen und Kapazitäten gegenübergestellt werden. An Orten mit nahe beieinanderliegenden Krankenhäusern müssen die Aufgaben künftig klar verteilt werden.

Die derzeit praktizierte Rahmenplanung über Fachgebiete ist hierfür nicht präzise genug und bietet zu wenig Steuerungsmöglichkeiten. Deshalb sollte das Land in eine Planung einsteigen, die mehr Leistungsorientierung und Qualitätsbezug gewährleistet. Dies sollte in einem ersten Schritt zumindest für besonders versorgungsrelevante und komplexe Leistungen eingeführt werden. Die Versorgungsaufträge für die einzelnen Häuser müssen konkretisiert und klar zugeordnet werden.

Vom Krankenhaus um die Ecke zum Krankenhaus der besten Qualität

In RLP sind die Kliniken flächendeckend sehr gut erreichbar, Rettungs- und Notdienste garantieren eine schnellstmögliche Behandlung. Angesichts dieser guten Erreichbarkeit, muss Qualität als Planungskriterium künftig stärker als bisher gewichtet werden. Qualitätskriterien werden derzeit nur vereinzelt und ansatzweise berücksichtigt. Nötig ist jedoch eine systematische und verbindliche Implementation in die Krankenhausplanung.

Patientensicherheit an erster Stelle

Studien belegen, dass die Qualität der Leistungserbringung bei bestimmten Krankheitsbildern von Routine und Erfahrung abhängt. Kliniken, die komplexe Operationen nur gelegentlich durchführen, weisen deutlich höhere

Sterblichkeits- und Komplikationsraten auf. Aus diesem Grund sollten gerade seltene und schwere Erkrankungen an ausgewählten Standorten konzentriert werden.

Bundesweite Qualitätsvorgaben ohne Ausnahmen umsetzen

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) erlassene Qualitätsvorgaben sollten der Krankenhausplanung zugrunde gelegt und verbindlich umgesetzt werden. Bundesweit vorgegebene Mindestmengen sind zwingend und ohne Ausnahmen einzuhalten, damit bei diesen hochkomplexen und risikoreichen Eingriffen eine „Gelegenheitsversorgung“ unterbunden wird.

Qualitätsinformationen für landeseigene Vorgaben nutzbar machen

Daneben sollten verstärkt Vorgaben zur Strukturqualität an den Kliniken gemacht werden. Grundlage hierfür bilden beispielsweise Leitlinien und Zertifizierungen der medizinischen Fachgesellschaften sowie Richtlinien des GBA zur Personalausstattung und –qualifikation, sowie zu interdisziplinärer Kooperation.

Darüber hinaus sollten vorliegende Informationen aus der Qualitätssicherung für die Krankenhausplanung nutzbar gemacht werden. Wenn, beispielsweise durch die Krebsregister, Qualitätsgefälle in der Versorgung sichtbar werden, muss die Landesregierung entsprechende Konsequenzen ziehen, indem sie die Leistungen an qualifizierte Häuser verlagert.

Spezialisierung und Zentralisierung vorantreiben

Das Gesundheitsministerium sollte diesen Strukturwandel forcieren, denn er ist die wichtigste Voraussetzung für die Verbesserung der stationären Versorgungsqualität.

Dabei geht es weniger um Schließungen von ländlichen Krankenhausstandorten als um eine Neustrukturierung der Versorgung. Viele kleine Krankenhausstandorte werden auch weiterhin gebraucht, aber in anderer Funktion. Sie sollen eine wohnortnahe Grundversorgung gewährleisten, wofür in einigen Fällen auch die Umwandlung in ein sektorenübergreifendes Versorgungszentrum eine nachhaltige Lösung sein kann.

Die wirtschaftliche Existenz von bedarfsnotwenigen Krankenhäusern in strukturschwachen Regionen kann durch die Gesetzliche Krankenversicherung mittels Sicherstellungszuschlägen unterstützt werden.

Die Spezial- und Maximalversorgung sollte im Sinne einer gestuften Versorgung an größeren Standorten konzentriert werden. Andernfalls wird es nicht mehr möglich sein, Personal, Ausstattung und Behandlungsqualität

in allen Fachabteilungen im notwendigen Maß vorzuhalten. Vor allem das medizinische Personal wie Ärzteschaft und Pflege könnte dadurch wirksam entlastet werden.

Lehren aus der Corona-Pandemie

Die teils vorgebrachte Argumentation, die Pandemie habe gezeigt, dass es einer kleinteiligen flächendeckenden Versorgungsstruktur bedarf, hat sich nicht bewahrheitet.

Die Versorgung von Corona-Patienten hat vielmehr gezeigt, dass eine gestufte Versorgung nach personeller und ausstattungstechnischer Vorhaltung geboten ist und gut funktioniert. Positiv ist, dass die Transparenz im Versorgungsgeschehen erhöht wurde, insbesondere in der Intensivmedizin. Viele – vor allem- kleine Kliniken- waren gar nicht an der Versorgung beteiligt und wären für die Erbringung spezieller Beatmung bei Lungenversagen auch völlig ungeeignet gewesen. Hierfür bedarf es der Expertise von Schwerpunkt- und Maximalversorgern, bei denen auch der Großteil der Versorgung stattgefunden hat.

Den Krisenmodus zum neuen Planungsmaßstab zu machen kann nicht die Lösung sein. Die Erfahrung der letzten Monate hat gezeigt, dass das Gesundheitssystem in der Lage ist, wirksame Anpassungsstrategien zu entwickeln und bei Bedarf schnell zusätzliche Kapazitäten zu mobilisieren. Um alle Patienten bestmöglich zu versorgen, ist vor allem eine noch intensivere Kooperation und Koordination gefragt- auch um den Regelbetrieb bestmöglich aufrecht erhalten zu können. Die durch die Krise deutlich verschärzte Finanzlage, macht es wichtiger denn je, das Gesundheitswesen effektiv und effizient aufzustellen.

Investitionsstau bei Krankenhäusern auflösen

Die Krankenhäuser haben gegenüber den Ländern einen Anspruch auf die Finanzierung ihrer Investitionskosten. Mit einer Investitionsquote von etwa vier Prozent wird auch in Rheinland-Pfalz der Investitionsbedarf bei weitem nicht abgedeckt. Die Anhebung der Investitionsmittel um 15 Mio. auf 135 Mio. Euro in dieser Legislatur war zwar ein Schritt in die richtige Richtung, reicht aber bei weitem nicht aus und muss dringend weiter erhöht werden. Für eine nachhaltige Entwicklung sollte Rheinland-Pfalz eine Mindestinvestitionsquote von mindestens acht Prozent einführen.

Verknüpfung von Planung und Investitionskostenfinanzierung

Vor der Verteilung der Investitionsmittel muss unbedingt eine nachhaltige und zukunftweisende Strukturplanung erfolgen. Solange struktureller Optimierungsbedarf im rheinland-pfälzischen Krankenhauswesen herrscht, sollten von der Investitionskostenförderung vor allem jene Häuser profitieren,

die einen besonderen Beitrag zur Berücksichtigung qualitativer Versorgungsziele leisten, Kapazitäten bündeln oder Kooperationen sicherstellen.

Diese Verknüpfung von Struktur- und Finanzierungsfragen kann ein flankierendes Instrument sein, mit dem neben der Krankenhausplanung qualitativ steuernd in die Versorgung eingegriffen werden kann.

Krankenkassen in die Krankenhausplanung stärker einbeziehen

Dort, wo das Geld der Krankenkassen für Umstrukturierungen der rheinland-pfälzischen Krankenhauslandschaft verwendet wird, sollte sie in die Krankenhausplanung stärker einbezogen werden. Dies hat der Gesetzgeber durch die Mitentscheidungsmöglichkeiten bei den Strukturfondsmitteln bereits ermöglicht. Sie sollten auch auf den Bereich der regulären Krankenhausplanung ausgeweitet werden.

Mit dem Krankenhaus-Strukturfonds stehen in den nächsten Jahren GKV-Beitragsmittel zur Verfügung, um Konsolidierungsprozesse zu unterstützen. Sie sollten in erster Linie für die Konzentration von Versorgungskapazitäten oder die Umwandlung in andere bedarfsnotwendige Versorgungsstrukturen genutzt werden. Mit dem Zukunftsprogramm Krankenhaus werden darüber hinaus Modernisierungsprozesse, wie die Digitalisierung oder die Neustrukturierung der Notfallversorgung, unterstützt. Die Digitalisierungs-Offensive sollte Anlass sein, um Strukturen und Prozesse neu zu denken und digital zu unterstützen. Die digitale Modernisierung der Krankenhäuser muss dabei systematisch und abgestimmt geschehen und sollte integraler Bestandteil der Krankenhausplanung sein.

SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG

Stärkere Koordination und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Interdisziplinäres und professionenübergreifendes Arbeiten muss der Leitgedanke in der Versorgung sein. Doch liegen hier bedeutende strukturelle Defizite unseres Gesundheitssystems. Dazu gehört eine verbesserungswürdige Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungsbereich sowie ein stärkerer Einbezug weiterer Gesundheitsberufe.

Bedarfsgerechte Planung aus einer Hand

Eine gute und effektive medizinische Versorgung kann nur gelingen, wenn die Planung für Arztpraxen und Krankenhäuser aus einer Hand erfolgt und auch die Notfallversorgung und die Rettungsleitstellen mit einbezogen werden. Besonders für Leistungen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung

könnten dadurch erhebliche Verbesserungen im Sinne der Patienten erreicht werden. Als Ergebnis einer abgestimmten Bedarfsanalyse und Versorgungsplanung können regionale Versorgungsverbünde durch die enge Kooperation von niedergelassenen Fachärzten mit Krankenhäusern entstehen.

Es ist daher wichtig, die gesetzlichen Rahmenbedingungen entsprechend anzupassen. RLP sollte als Mitglied der eingesetzten Bund-Länder-Arbeitsgruppe darauf hinwirken, dass in den Bereichen Bedarfsplanung, Honorierung und Kooperation der Gesundheitsberufe die bestehenden Hürden zwischen den Versorgungsbereichen überwunden werden.

Bis dahin sollte sich das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V stärker als bisher mit genuin sektorenübergreifenden Fragestellungen auseinandersetzen. Das Gremium könnte eine Koordinationsfunktion einnehmen und darauf hinwirken, dass die Krankenhausplanung des Landes die ambulanten Strukturen im Einzugsbereich einer Klinik berücksichtigt - und umgekehrt.

Ambulante Versorgungsmöglichkeiten ausschöpfen

Dabei ist zu bedenken, dass aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts immer mehr Behandlungen ambulant erfolgen können. Diese Leistungen gilt es künftig sachgerecht ambulant zu erbringen, so dass weniger Patienten stationär aufgenommen werden müssen. Hier liegt ein echtes Wirtschaftlichkeitspotential im Gesundheitswesen.

Für Grundversorger bieten sich in diesem Zusammenhang neue Perspektiven, besonders in ländlich geprägten Regionen. Sie sollten eine definierte Rolle im Rahmen einer lokal koordinierten Gesundheitsversorgung im Team mit Hausärzten, Therapeuten, Rehabilitationsangeboten, Pflegediensten und Pflegeheimen spielen.

Notfallversorgung sektorenübergreifend organisieren

In den Notaufnahmen der Krankenhäuser steigen die Patientenzahlen kontinuierlich an, obwohl viele dieser Patienten im niedergelassenen Bereich versorgt werden könnten. Grund dafür ist die unklare Aufgabenteilung von ambulanter Notfallversorgung, Rettungsdienst und Notaufnahme im Krankenhaus.

Zentrale Anlaufstellen für Patienten schaffen

Für die Patienten sollten einheitliche und zentrale Anlaufstellen geschaffen werden, sowohl telefonisch als auch am Krankenhaus. Hierfür sollten KV-Bereitschaftsdienst und Rettungsdienst gemeinsam über eine Integrierte

Leitstelle koordiniert werden. An den Krankenhäusern sollen Integrierte Notfallzentren (INZ) eingerichtet werden, die Notdienstpraxis und Zentrale Notaufnahme an einem gemeinsamen Tresen vereinen, der rund um die Uhr Anlaufstelle für die Patienten ist.

In den Integrierten Leitstellen und Notfallzentren erhalten die Patienten eine professionelle, digital gestützte Ersteinschätzung (Triage) und Weiterleitung in die geeignete Versorgungsstruktur. Sie sollen je nach Bedarf angemessen behandelt werden, bei niedergelassenen Ärzten, in der Notdienstpraxis oder in der Notaufnahme des Krankenhauses.

Reform der Notfallversorgung aus einem Guss

Wichtig ist, dass bei der Reform der Notfallversorgung eine Verknüpfung mit dem Notfallstufenkonzept des GBA für Krankenhäusern erfolgt. Integrierte Notfallzentren sollten demnach nur an Kliniken angesiedelt werden, die mindestens die Basisversorger Notfallstufe 1 vorhalten, da nur so gewährleistet ist, dass ein umfassendes Leistungsspektrum angeboten wird.

Zuweisungskonzepte für den Rettungsdienst formulieren

Es muss gewährleistet werden, dass der Patient genau in die Klinik transportiert wird, in der sein Fall am besten behandelt werden kann. Für wichtige medizinische Diagnosen müssen Zuweisungskonzepte formuliert und verbindlich umgesetzt werden. Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall müssen ausnahmslos in eine Stroke Unit eingewiesen werden und die Behandlung von Herzinfarkten soll nur in Häusern mit Linksherzkathethermessplatz erfolgen. Hier gibt es noch deutliches Verbesserungspotenzial, da zu viele Patienten in nicht adäquat ausgestatteten Kliniken versorgt werden. So werden sie nicht bestmöglich behandelt oder müssen weiterverlegt werden, wodurch wertvolle Zeit verloren geht. Trotz weiterer Anfahrtswege steigt bei einer Behandlung in einer spezialisierten Einheit signifikant die Überlebenswahrscheinlichkeit sowie die Chance auf eine gute Rehabilitation, um wieder in den häuslichen Rahmen zurückzukehren.

Digitale Systeme optimieren die Abläufe

Verfügbare Behandlungsmöglichkeiten in den Kliniken sollten dem Rettungsdienst mittels digitaler Systeme transparent gemacht werden. Auf diese Weise gewinnen die Akteure in Echtzeit Einblick in die Auslastung der umliegenden Krankenhäuser und die verfügbaren Rettungsmittel. Wichtige Falldaten können bereits vorab vom Notarzt an das aufnehmende Krankenhaus gesendet werden, um dort alles für das Eintreffen des Patienten vorzubereiten.

AMBULANTE VERSORGUNG

Ambulante Versorgung stärken und flächendeckend sicherstellen

Noch nie waren so viele Ärzte in der ambulanten Versorgung tätig wie heute. Sie sind jedoch auch in RLP regional ungleich verteilt. Ein wichtiger Ansatzpunkt für die Sicherstellung einer flächendeckenden besteht daher bei der optimalen Verteilung der Ärzte innerhalb der Planungsbereiche und innerhalb der Fachrichtungen.

Im hausärztlichen Bereich sind vor allem im ländlichen Raum erste Versorgungsgänge erkennbar. Aus der hohen Altersstruktur der Hausärzte resultiert ein relativ hoher Nachbesetzungsbedarf in den kommenden Jahren, wenn Lücken in der Versorgung vermieden werden sollen. Die Bemühungen um die Besetzung freier Arztstellen müssen sich insbesondere auf die hausärztliche Versorgung und bestimmte Fachärzte der wohnortnahmen Versorgung konzentrieren.

Der Verantwortung, eine fachlich angemessene und ausgewogene ärztliche Versorgung in den Regionen sicherzustellen, liegt bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Dazu gehört auch, die Niederlassung in überversorgten Gebieten zu regulieren und gleichzeitig in unversorgten Gebieten die Besetzung von freien Arztsitzen zu fördern.

Um die ärztliche Versorgung in potenziell unversorgten Gebieten sicherzustellen, stehen schon heute zahlreiche Möglichkeiten zur Verfügung. Die Ansiedlung von Ärzten und Psychotherapeuten wird derzeit mit dem von den Krankenkassen und der KV RLP finanzierten Strukturfonds gezielt unterstützt, etwa durch die Förderung von Niederlassungen aber auch durch die Bildung von Nebenbetriebsstätten oder den Betrieb von Eigeneinrichtungen der KV.

Kooperative Versorgungsstrukturen aufbauen

Der Aufbau kooperativer Versorgungsstrukturen wie regionale Versorgungsverbünde oder medizinischer Versorgungszentren (MVZ) kann einen wichtigen Beitrag leisten, die Ärzte besser zu vernetzen und die vorhandenen Ressourcen optimal zu nutzen. Die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Fachkräfte und eine weitere Optimierung des Notdienstes haben ebenfalls das Potenzial, Mediziner zu entlasten. Die Möglichkeiten, durch nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa) die Hausärzte zu entlasten, sollten insbesondere in ländlichen Regionen stärker zum Einsatz kommen.

Flexibilisierung der Arbeitsbedingungen

Ärzte sollten in strukturschwachen Regionen mehr Möglichkeiten erhalten, in einem Angestelltenverhältnis zu arbeiten. Dies minimiert das finanzielle Risiko

der Praxisführung, was die Arbeit auf dem Land attraktiver macht. So sollte künftig auch die Anstellung in Eigeneinrichtungen der KVen und in regionalen Versorgungsverbünden möglich sein. Die Angebote richten sich hier vor allem an junge Ärzte, die sich oft nicht sofort selbstständig machen wollen.

Als Anreiz für die Niederlassung in schlechter versorgten Regionen sollten Ärzte gezielte Unterstützung für eine strukturierte Weiterbildung erhalten. Hierzu sollten regionale Weiterbildungsverbünde, in denen sich stationäre und ambulante Weiterbildungsstätten abstimmen, gefördert werden.

Chancen der Digitalisierung nutzen

Modernste Technik hilft beim Gesundwerden. Sie spart Patienten lange Wege und Wartezeit, beschleunigt Diagnosen und Behandlungen. In Zukunft wird der Telemedizin eine noch wichtigere Rolle in der Versorgung zukommen. Für die Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung in einem Flächenland wie RLP bietet die Telemedizin viel Potenzial. Daher war es richtig, dass die Ärztekammer die Fernbehandlung ermöglicht hat.

Auch die elektronische Patientenakte bildet eine wichtige Voraussetzung für eine effiziente Versorgung und ermöglicht den behandelnden Ärzten einen direkten und schnellen Zugriff auf wichtige medizinische Daten der Patienten.

Mit dem Digitale-Versorgung- Gesetz wird die Telemedizin zusätzlich vereinfacht und aufgewertet: Die Einwilligung der Patienten und die ärztliche Aufklärung erfolgt direkt in der Videosprechstunde. Darüber hinaus wird der digitale Austausch zwischen Ärzten extrabudgetär vergütet. Und in Verbindung mit dem eRezept, wird es zudem eine größere Reihe an Indikationen geben, bei denen sich eine telemedizinische Behandlung anbietet.

Die BAREMR sieht die Digitalisierung als große Chance für eine sektorenübergreifende Versorgung. Künftig können bei Pflegebedürftigen Fallkonferenzen per Video mit dem Pflegepersonal abgerechnet werden. Die Vertragsärzte erhalten außerdem einen pauschalen Technik- und Förderzuschlag für die Nutzung eines zertifizierten Anbieters. Alle diese Möglichkeiten sollten konsequent genutzt werden, um die Gesundheitsberufe besser zu vernetzen.

PFLEGE

Pflege zu Hause stärken

Die Menschen in Rheinland-Pfalz werden immer älter, und immer öfter brauchen sie Pflege. Eine bedarfsgerechte Versorgung bei Pflegebedürftigkeit zu gewährleisten, ist daher eine wichtige Zukunftsaufgabe. Dabei bildet die familiäre und selbstorganisierte Pflege das Fundament der Pflege in Rheinland-Pfalz: mehr als 50% der Pflegebedürftigen werden in der eigenen Häuslichkeit von Angehörigen gepflegt, weitere 20% durch ambulante Pflegedienste.

Deshalb bedarf es zur Entlastung von Angehörigen einer stärkeren Initiative des Landes beim Ausbau entsprechender Infrastrukturen vor allem der nach Landesrecht anerkannten Unterstützungsangebote im Alltag, aber auch der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige. Ziel muss es dabei sein, eine quartiernahe Pflegeinfrastruktur vorzuhalten.

Derzeit kann insbesondere der Bedarf nach Unterstützung im Alltag, vor allem im hauswirtschaftlichen Bereich, nicht ausreichend gedeckt werden. Doch sind es gerade diese Leistungen, etwa Hilfe beim Einkaufen oder bei der Reinigung der Wohnung, die einen längeren Verbleib in den eigenen vier Wänden ermöglichen. Die Zahl der Angebote wächst zwar, kann mit der Nachfrage jedoch nicht Schritt halten. Die Entscheidung der Landesregierung, neben ambulanten Pflegediensten auch privaten Einzelpersonen die Leistungserbringung zu ermöglichen, war daher ein richtiger Schritt. Nun gilt es, die Angebotsentwicklung weiter zu beobachten und ggf. die Zulassungsbedingungen anzupassen.

Pflege bezahlbar halten

In der stationären Altenpflege ist in den kommenden Jahren mit einem starken Anstieg der Eigenanteile zu rechnen. Die Anerkennung tariflicher Löhne durch die Pflegekassen führt zu steigenden Pflegesätzen, die im Rahmen des Teilkasko-Prinzips in der Pflegeversicherung zu höheren Eigenanteilen führen. Darüber hinaus kommen Pflegebedürftige über den Eigenanteil auch für Investitionskosten der Pflegeanbieter auf, beispielsweise für bauliche Modernisierungen. Das Sozialrecht gewährt den Ländern die Möglichkeit, die Pflegebedürftigen durch die Finanzierung von Investitionskosten zu entlasten. Rheinland-Pfalz sollte hier in die Finanzierung einsteigen, um die Pflege für die Betroffenen bezahlbar zu halten.

Stärkung der Pflegeberufe

Nach wie vor bleibt es wichtig, mehr Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern. Die Einführung von Personaluntergrenzen in der Pflege ist ein guter Ansatz um Mindeststandards für Qualität einzuführen und den Beruf attraktiver zu gestalten.

Die Abschaffung des Schulgeldes ist ein positives Signal für zukünftige Pflegekräfte. Hier ist jedoch wichtig, dass keine Quersubventionierung der staatlichen Aufgaben durch die Sozialversicherungsträger erfolgt. Die Länder sollten sich ihrer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung nicht entziehen und die Kosten der schulischen Ausbildung der reformierten Pflegeausbildung vollständig tragen.

Die Ausbildungskapazitäten sollten sich nach dem Bedarf richten und stetig angepasst werden. Dazu gehört auch, eine neuen generalistischen Ausbildungsgang zu etablieren, der die derzeitigen Pflegehelferberufe ersetzt. Neue Studien zur Personalbemessung zeigen, dass nicht nur der Bedarf an examinierten Fachkräften, sondern auch der an Helfern steigt.

PRÄVENTION

Prävention und Gesundheitsförderung auf mehr Schultern verteilen

Prävention und Gesundheitsförderung haben durch das Präventionsgesetz eine starke Aufwertung erfahren. In RLP nutzt die BARMER gemeinsam mit weiteren Akteuren bestehende Strukturen, um Projekte zu implementieren. Zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung wurden arbeitsfähige Strukturen zur institutionsübergreifenden Zusammenarbeit aufgebaut: Steuerungsgruppe der Sozialversicherungsträger, Landespräventionsnetzwerke, Landespräventionsausschuss und Landespräventionskonferenz.

Die BARMER fördert in RLP bereits seit Jahren eine Reihe bewährter Projekte. Es ist gelungen, diese gezielt in die Strukturen einzubinden, wie bspw. zur Umsetzung von Mind Matters, einem Programm zur psychischen Gesundheit an Schulen. Hierzu wurde eine Vereinbarung mit dem Gesundheits- und dem Bildungsministerium, dem Pädagogischen Landesinstitut, der Landeszentrale für Gesundheitsförderung und der Unfallkasse Rheinland-Pfalz geschlossen. Mit gemeinsamen Kräften werden flächendeckend regelmäßig Lehrerfortbildungen in RLP durchgeführt.

Die BARMER fördert im Rahmen des Gesundheitsförderungsprozesses im Bereich der Hochschulen, Schulen, Kindertagesstätten und Kommunen viele weitere Projekte. Dabei bilden Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit die entscheidenden Schwerpunkte.

Im Rahmen der Landesnetzwerke werden zu den Gesundheitszielen Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten, gesund im Alter und gesunde Kommune – in Zusammenarbeit mit weiteren Sozialversicherungsträgern – lebensweltbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung für definierte Zielgruppen entwickelt und umgesetzt.

Die gesetzlichen Krankenkassen in Rheinland-Pfalz fördern im Rahmen des Bündnisses für Gesundheit landesweite Projekte wie den Bewegungsbegleiter.

Bei der Förderung kommunaler Gesundheitsförderungsprojekte für ein gesundes Leben im Alter kooperieren die gesetzlichen Kassen in Rheinland-Pfalz mit dem Gesundheitsministerium. Die Umsetzung des präventiven Hausbesuches im Rahmen der Gemeindeschwesterplus bringt die beteiligten Kommunen und die Kooperationspartner an einen Tisch. So finden weitere Vernetzungen mit Projekten der Prävention und Gesundheitsförderung statt.

Die Finanzierung von Leistungen für Prävention und Gesundheitsförderung hat einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz und ist nicht nur von den Kranken- und Pflegekassen zu tragen. Alle an der Landesrahmenvereinbarung Beteiligten sind aufgefordert finanzielle Verantwortung im Rahmen ihrer rechtlichen Möglichkeiten zu übernehmen. Auch die Private Krankenversicherung sollte einen Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung leisten.

Impressum**Herausgeber**

BARMER Landesvertretung Rheinland-Pfalz / Saarland
Gutenbergplatz 12
55116 Mainz

Dunja Kleis (V.i.S.d.P.)
Dunja.Kleis@barmer.de

Redaktion und Gestaltung

Nadine Jäger
Nadine.Jaeger2@barmer.de
Stand: November 2020

www.barmer.de/p006137



www.barmer.de

BARMER