

Landkreisversammlung 2015 – Älterwerden im ländlichen Raum: Anforderungen an Medizin und Pflege



Die älter werdende Bevölkerung hat im ländlichen Raum trotz der zurückgehenden Einwohnerzahlen den gleichen Anspruch auf gleichwertige Lebensverhältnisse wie in Verdichtungsräumen. Dies schließt neben den allgemeinen Leistungen der Daseinsvorsorge wie der wirtschaftlichen und sozialen Infrastruktur insbesondere die medizinische und pflegerische Versorgung (MPV) mit ein. Wie sieht diese Versorgung nach Möglichkeit aus? Welche Anforderungen müssen in den verschiedenen Dimensionen (Struktur- und Angebotsplanung, Beratung und Betreuung, Leistungsbereitstellung, Finanzierung) erfüllt sein?

Aus der Perspektive der bayerischen Landkreise sollte das anzustrebende Zukunftsszenario in etwa folgendermaßen aussehen:

Aufgrund der Komplexität des MPV-Systems kommt der regionalen Planung und Koordinierung der Versorgungsstrukturen und Leistungsangebote eine große Bedeutung zu. Diese wird von regionalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen geleistet, an denen alle relevanten Akteure des MPV-Systems aktiv mitwirken. Im Mittelpunkt stehen die laufende Fortschreibung und Koordinierung der verschiedenen Bedarfsplanungen für den niedergelassenen ärztlichen und akutstationären Bereich ebenso wie des umfassenden seniorenpolitischen Gesamtkonzepts. Besonderes Gewicht hat bei diesen Planungen auf Regions- oder Landkreisebene die Einbindung der kreisangehörigen Gemeinden wie auch der Bürger. Die unmittelbare Bürgerbeteiligung sichert das vorhandene Innovationspotential, stärkt das ehrenamtliche Engagement und schafft Akzeptanz für Entscheidungen.

Ausfluss der Planungsverantwortung ist das Mitspracherecht des Landkreises bei Zulassungs-, Niederlassungs- und Strukturentscheidungen anderer Aufgabenträger, insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigungen. Gleichzeitig sind die Beratungsdienste (Pflegestützpunkt) und Notrufe (Integrierte Leitstelle) verschiedener Träger über den Landkreis vernetzt, um

hilfebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen jederzeit die notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen und bei der Entscheidungsfindung unterstützen zu können.

Die umfassende Planung berücksichtigt neben dem Abgleich von Bedarf und Angebot im MPV-System auch den Auf- und Ausbau der notwendigen seniorengerechten Infrastruktur, stößt sozial-medizinische Innovationen an und aktiviert Entlastungs- und Betreuungsleistungen.

Die medizinische Versorgung baut auf dem Hausarztssystem auf. In jeder kreisangehörigen Gemeinde mit mehr als 3.000 Einwohnern gibt es mindestens einen Hausarzt. Dieser erfüllt gegenüber älteren Menschen auch eine wichtige Lotsenfunktion im MPV-System und ist daher in die Beratungsstrukturen auf Kreisebene eingebunden. Die allgemeinen, insbesondere aber die spezialisierten Fachärzte finden sich im ländlichen Raum nur noch an Krankenhäusern sowie an weiteren Gesundheitszentren oder Medizinischen Versorgungszentren. Ggf. längere Wege für Patienten werden über Mobilitätshilfen ausgeglichen.

Erste Anlaufstellen für akutstationäre Behandlungen und Ankerpunkte für das gesamte MPV-System im ländlichen Raum sind die Krankenhäuser der Grundversorgung. Sie halten insbesondere die notfallmedizinische ambulante und stationäre Erstversorgung vor und sind mit den Krankenhäusern der weiteren Versorgungsstufen telemedizinisch sowie über die Rettungsleitstellen und -dienste vernetzt. Über Bereitschaftsdienstpraxen, Notfallambulanzen bzw. zentrale Notaufnahmen werden Notfälle unabhängig von Sektorengrenzen dem Versorgungssystem zugeführt.

Regionale Krankenhausverbände ermöglichen die Stufung der bedarfsnotwendigen Häuser, angefangen von regionalen Gesundheits- und Pflegezentren über Grundversorgungshäuser bis hin zu Häusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung.

Für ältere Patienten werden schon während des Krankenhausaufenthalts spezifische Leistungen der Altersmedizin und Akutgeriatrie angeboten, um sie mit einem Höchstmaß an Selbständigkeit entlassen zu können. Ein engmaschiges Entlassungsmanagement und eine intersektorale Überleitungspflege stellen sicher, dass ältere Patienten vom Hausarzt begleitet die notwendigen Unterstützungs- und Pflegeleistungen erhalten. Kommunal getragene Pflegestützpunkte beraten die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen mit dem Ziel, aus dem breiten vor Ort verfügbaren Spektrum von niedrigschwelligen Betreuungsleistungen, ambulanten Pflegediensten bis hin zu stationären Pflegeeinrichtungen das im Einzelfall sinnvolle Angebot abzurufen.

Über das seniorenpolitische Gesamtkonzept sind die notwendigen Maßnahmen zur Gestaltung seniorenge-rechter Lebensbedingungen in den kreisangehörigen Gemeinden entwickelt und abgestimmt, um den älteren Menschen ein möglichst langes Wohnen im Alter zuhause zu ermöglichen. Das dazu notwendige breite Angebot an professionellen Pflegediensten wird ergänzt durch ehrenamtliche Strukturen und qualifizierte Betreuungsdienste. Für die letzte Lebensphase stehen allgemeine bzw. spezialisierte Dienste der ambulanten Palliativversorgung sowie ambulante Hospizdienste zur Verfügung. Diese wirken auch in die stationären Pflegeeinrichtungen hinein und ergänzen das System stationärer Palliativ- bzw. Hospizversorgung.

Der Auf- und Ausbau solcher medizinischen und pflegerischen Versorgungsstrukturen für die älter werdende Bevölkerung im ländlichen Raum wird die Kommunalpolitik über Jahre hinweg beschäftigen. Die Kommunen werden dazu vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung erhebliche eigene Anstrengungen unternehmen müssen. Daneben bedarf es aber auch verschiedener Gesetzesänderungen und finanzieller Ressourcen. Die politischen Verantwortlichen auf Bundes- und Landesebene wie auch die Kranken- und Pflegekassen sowie die übrigen Verbände des Gesundheitswesens werden aufgerufen, folgende Positionen und Forderungen aufzugreifen bzw. mit zu unterstützen:

I. Allgemeines

(sektorenübergreifende

Positionen und Forderungen)

- Angesichts der steigenden Bedarfe an medizinischer und pflegerischer Unterstützung für die älter werdenden Bevölkerung wird es darauf ankom-

men, einen breiten Angebotsmix zu entwickeln aus Mobilitätshilfen, niedrigschwellig-aufsuchenden, präventiven, ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen.

- Dazu müssen flächendeckend Gesundheits- und Pflegekonferenzen auf Landkreisebene etabliert werden, um sämtliche Sektoren der medizinischen und pflegerischen Versorgungsstrukturen berücksichtigen und vernetzen zu können.
- Die staatliche Unterstützung des Auf- und Ausbaus „entlastender“ seniorenge-rechter Strukturen (Nachbarschaftshilfen, Sozialgenossenschaften etc.) muss sowohl die pflegerische als auch die medizinische Versorgung im Blick haben. Die auch insoweit bestehenden rechtlichen, fachlichen und politischen Sektorengrenzen müssen abgebaut werden.
- Echte „innovative“ Versorgungskonzepte werden weiterhin durch bestehende gesetzliche Regelungen und unterschiedlicher Vergütung behindert. Einen echten Innovationsschub bei der Überwindung der Sektorengrenzen könnte beispielsweise der Landesgesetzgeber leisten, indem er über eine Gesetzesänderung die Mitbenutzung von krankenhausesgeförderten Anlagegütern durch niedergelassene Ärzte ermöglichen würde.
- Die Überführung des Medizinischen Dienstes der Kranken- und Pflegeversicherungen auf eine neutrale Prüfinstitution, ggf. bei gleichzeitiger Übertragung der ordnungsrechtlichen Prüfaufgaben nach dem Landesrecht.

2. Positionen und

Forderungen zum

medizinischen Bereich

- Für die Landkrankenhäuser, die mit dem medizinischen Fortschritt nicht mehr mithalten können, bietet das Konzept „stationär gestützter regionaler Gesundheits- und Pflegezentren“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) eine sinnvolle Weiterentwicklungsmöglichkeit zu den bereits bestehenden Möglichkeiten der Nachnutzung (z.B. geriatrische Rehabilitation, medizinische Versorgungszentren, Hospiz- und Palliativversorgung, Kurzzeit- und Tages- und Nachtpflege); Bund und Freistaat werden aufgerufen, diese strukturelle Weiterentwicklung planerisch und finanziell zu unterstützen.

- Um die Flächenversorgung mit akutstationären Krankenhauskapazitäten aufrecht erhalten zu können, muss die Errichtung von Krankenhausverbänden wettbewerbsrechtlich erleichtert werden. Dazu muss der Zusammenschluss kommunaler Krankenhäuser von der kartellrechtlichen Beurteilung nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen auszunehmen (neuer Ausnahmetatbestand im § 36 Abs. 1 GWB).
- Der Aufbau von Krankenhausverbänden muss auch durch die Krankenhausplanung und -finanzierung des Freistaats unterstützt werden. Generell muss die Krankenhausplanung stärker auf die Erfordernisse der älter werdenden Bevölkerung und die höheren Anforderungen an die Notfallmedizinische Versorgung ausgerichtet werden.
- Die Krankenhausinvestitionsförderung muss auf hohem Niveau weitergeführt und mittelfristig noch ausgebaut, aber verfahrensmäßig auch vereinfacht werden. Insbesondere die pauschalen Investitionsfördermittel müssen aufgestockt werden. Bei der Einzelprojektförderung müssen die Übertragbarkeit von Fördermitteln sowie die Möglichkeit der Anpassung der fachlichen Billigung an aktuelle Entwicklungen erleichtert werden.
- Der Bundesgesetzgeber muss die Leistungen der Grundversorgung in der Betriebskostenfinanzierung aufwerten (analog der dringend notwendigen Aufwertung der „sprechenden Medizin“ des Hausarztes gegenüber Leistungen der Apparatedizin und Diagnostik). Sicherstellungszuschläge dürfen nicht zum Regelfall werden.
- Die Notfallambulanzen an Krankenhäusern und die gemeinsame Errichtung von Bereitschaftsdienstpraxen an Krankenhäusern mit niedergelassenen Ärzten müssen über eine verbesserte Finanzierung gestärkt werden. Die Vergütung notfallmedizinischer ambulanter Leistungen, die die Krankenhäuser vielfach anstelle niedergelassener Ärzte erbringen müssen, muss deutlich verbessert werden.
- Die ärztliche Aus- und Fortbildung an Krankenhäusern wie in Weiterbildungspraxen im ländlichen Raum muss hinsichtlich der Strukturvorgaben erleichtert und besser finanziert werden.
- Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) wird aufgefordert, ihren Sicherstellungsaufträgen zur ambulanten Versorgung auch im ländlichen Raum

nachzukommen. Dort, wo der KVB aufgrund des Ärztemangels dies aus eigener Kraft nicht möglich ist, muss sie die gesetzlich eingeräumten Möglichkeiten der Unterstützung durch Dritte nutzen (Einbindung von Krankenhäusern bei der notärztlichen Versorgung bei entsprechender Vergütung).

- Bei der Zulassung von Haus- und Fachärzten müssen die Kommunen ein Mitspracherecht erhalten, indem sie als Vertreter des öffentlichen Interesses in die Zulassungsausschüsse nach § 96 SGB V berufen werden.

3. Positionen und Forderungen zum pflegerischen Bereich

- Die Zuständigkeiten für die Pflegeberatung sind bei den Kommunen zu bündeln. In Bayern bedarf es dazu neben der (bundesgesetzlich zu ermöglichenden) vollständigen Übertragung der Pflegestützpunkte auf die kreisfreien Städte und Landkreise unter Einbeziehung der Pflegeberatung der Pflegekassen auch der Einbindung der Angehörigenberatungsstellen.
- Die neutrale und trägerunabhängige Beratung dient auch der Stärkung des weiterhin zu verfolgenden Vorrangs ambulant-niedrigschwelliger und selbstbestimmter Pflegeformen gegenüber der stationären Versorgung.
- Die Verbindlichkeit der Pflegebedarfsplanung im Rahmen der seniorenpolitischen Gesamtkonzepte ist weiterzuentwickeln und zu stärken. Neben finanziellen Anreizen bedarf es dazu auch die Eröffnung negativer Sanktionsmöglichkeiten.
- Die Landkreise entwickeln die seniorenpolitischen Gesamtkonzepte laufend weiter unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten, der Anforderungen im Rahmen von Quartierskonzepten sowie der Unterstützung der Gemeinwesenarbeit in den Gemeinden. Der Auf- und Ausbau von Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowie das ehrenamtliche Engagement werden durch Fachkräfte begleitet und gefördert. Im Rahmen der seniorenpolitischen Gesamtkonzepte werden die Initiativen und Projekte auf Gemeinde koordiniert und vernetzt.

- Zur Realisierung des Anspruchs „ambulant vor stationär“ sowie zur Ermöglichung des Wohnens im Alter zuhause bedarf es weiterer Initiativen zur Bereitstellung von seniorengerechtem und bezahlbarem Wohnraum in den Gemeinden sowie der Aufbau eines flächendeckenden Beratungsangebots zur Wohnungsanpassung.
- Parallel müssen die Angebote der rechtlichen Betreuung weiterentwickelt und mit den übrigen Beratungsangeboten verzahnt werden.
- Die Vorhaltung eigener bedarfsnotwendiger stationärer Pflegeplätze kann für Landkreise die Handlungsspielräume bei der Gestaltung der pflegerischen Versorgungsstrukturen erweitern. Sie können damit insbesondere Bedarfe für ihre Bürger und Gemeinden befriedigen, die nicht vom wettbewerbsorientierten Pflegemarkt abgedeckt werden.
- Die 2007 in Bayern eingestellte staatliche Förderung stationärer Pflegeplätze muss für Umbau- und Sanierungsmaßnahmen reaktiviert werden, sofern diese durch staatliche bindende Vorgaben oder Empfehlungen ausgelöst werden. Die Heimbe-

treiber können die erheblichen Investitionskosten aufgrund neuer Anforderungen an Raumplanung, Hygiene, Brandschutz und Barrierefreiheit ansonsten nur über Investitionsaufschläge auf die Heimkosten der Pflegebedürftigen finanzieren. Eine Verpflichtung der Landkreise zur Kofinanzierung der staatlichen Förderung wird abgelehnt. Alternativ könnte die Wohnraumförderung für stationäre Pflegeplätze erhöht werden, um die finanzielle Belastung der Pflegenden abzumildern.

- Parallel müssen Staat und Kommunen die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wohnortnahen Pflegeinfrastruktur finanziell und planerisch begleiten und unterstützen.
- Die ambulante und stationäre Hospiz- und Palliativversorgung im ländlichen Raum muss weiter ausgebaut werden. Der auf Bundesebene dazu aktuell eingebrachte Gesetzentwurf bietet vielfältige unterstützenswerte Ansätze. Zur weiteren Verbesserung der Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen wird vorgeschlagen, entsprechende Leistungen zukünftig als Anspruch der Leistungsberechtigten in der sozialen Pflegeversicherung vorzusehen.

