

Beschluss (vorläufig) GRÜNE Gesundheitspolitik für Rheinland-Pfalz

Gremium: LDV in Neuwied
Beschlussdatum: 23.11.2019
Tagesordnungspunkt: 3. Sozial- und Gesundheitspolitik

Antragstext

- 1 GRÜNE Gesundheitspolitik orientiert sich an den Menschen
- 2 Unser Ziel ist es, dass alle Menschen eine bestmögliche Gesundheitsversorgung
- 3 erhalten. In unserem Gesundheitssystem dominieren heute jedoch oft
- 4 wirtschaftliche Interessen über den Ansprüchen der Patient*Innen auf optimale
- 5 Versorgung. In den letzten Jahrzehnten wurden oft falsche ökonomische Anreize
- 6 gesetzt. Wir wollen diese Fehlanreize korrigieren. Wir denken Gesundheitspolitik
- 7 weiter - hin zu vernetzten Versorgungsansätzen, die das Wohl der Patient*innen
- 8 ganz in den Mittelpunkt stellen.
- 9 Alle Menschen sollen die gleichen Chancen haben, ihre körperliche und seelische
- 10 Gesundheit zu erhalten und im Krankheitsfall wieder gesund zu werden. Heute gilt
- 11 jedoch: wer arm ist, lebt weniger lang und leidet häufiger und früher an einer
- 12 Reihe von Erkrankungen. Gesundheitliche Risiken hängen mit dem sozialen Status,
- 13 mit dem Einkommen und der Bildung zusammen. Neben dem Zusammenhang „Armut macht
- 14 krank“ gilt umgekehrt auch, dass langanhaltende Krankheit oft auch arm macht.
- 15 Gesundheitspolitik ist daher immer auch Teil von Sozialpolitik; sie muss
- 16 Menschen, die am Rande unserer Gesellschaft stehen und Menschen mit besonderen
- 17 Risiken ganz besondere Beachtung schenken.
- 18 In unserem Gesundheitssystem liegt der Schwerpunkt zu stark auf der Behandlung
- 19 von Krankheiten und nicht auf Ihrer Vermeidung. Das wollen wir ändern. Wir
- 20 wollen Prävention stärken und gerade dort vorbeugende Maßnahmen ergreifen, wo
- 21 Menschen aufgrund ihrer sozialen Lage besonders gefährdet sind. Dabei muss
- 22 Vorbeugung bereits in der Kindheit und Jugend beginnen und alle wichtigen
- 23 Aspekte berücksichtigen - unter anderem Ernährung und Bewegung.
- 24 Unsere Gesundheit hängt ganz elementar von unserer Umwelt ab. Dort wo Bienen und
- 25 andere Insekten sterben und Vögel deutlich abnehmen, bleibt auch der Mensch
- 26 nicht gesund. GRÜNE Umweltpolitik ist daher auch Gesundheitspolitik.
- 27 GRÜNE Gesundheitspolitik arbeitet an einer bedarfsgerechten und wohnortnahen
- 28 Gesundheitsversorgung aller Menschen in Rheinland-Pfalz.
- 29 Gesundheitseinrichtungen und -angebote müssen ohne Hürden und unabhängig von
- 30 Alter, sozialem Status, Herkunft oder Geschlecht zugänglich sein - auf dem Land
- 31 ebenso wie in der Stadt. Dazu werden wir in allen Gesundheitsberufen für eine
- 32 hochwertige Ausbildung und für attraktive Arbeitsbedingungen sorgen, Hürden
- 33 zwischen ambulanter und stationärer Versorgung abbauen und die Angebote den
- 34 Bedarfen der Menschen anpassen. Die wichtigsten Maßnahmen wollen wir in einem
- 35 Landesgesundheits-Gesetz bündeln.
- 36 Versorgung sicherstellen - Patient*innen im Mittelpunkt
- 37 Für privat Versicherte sind die Zugangswege für ihre gesundheitliche Versorgung
- 38 oft einfacher als für Menschen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, dabei

39 erhalten privat Versicherte keinesfalls immer eine bessere Behandlung. Mit der
40 Grünen Bürgerversicherung wollen wir durch Bundesgesetz allen Bürger*innen eine
41 gute Versorgung und einen raschen Zugang zu gesundheitlichen Leistungen
42 ermöglichen. Dazu gehört es auch, Selbständigen eine bezahlbare gesetzliche
43 Krankenversicherung zu ermöglichen. Auf Landesebene wollen wir Landesbeamt*innen
44 und Richter*innen, die sich bisher privat versichern müssen und ergänzende
45 Beihilfe erhielten, ein Wahlrecht für den Zugang zur Gesetzlichen
46 Krankenversicherung geben.

47 Im Mittelpunkt unseres gesundheitspolitischen Denkens stehen die Menschen - als
48 Patient*innen und als Gesunde, die Krankheiten vermeiden wollen. Wir wollen die
49 Selbstbestimmung und Teilhabemöglichkeiten der Patient*innen stärken. Dazu
50 fordern wir eine*n hauptamtliche*n Patientenbeauftragte*n des Landes. Ihre*seine
51 Aufgabe liegt in der Stärkung der Rechte der Patient*innen. Sie*er soll die
52 Arbeit der Patientenfürsprecher*Innen der Krankenhäuser unterstützen und
53 vernetzen, Bürgersprechstunden abhalten und jährlich über die Situation der
54 Patient*innen berichten. Wir unterstützen ein System hochwertiger
55 Patientenberatung und werden uns im Bund für die Wiedereinrichtung einer
56 tatsächlich unabhängigen Patientenberatung einsetzen.

57 Wir wollen eine geschlechtersensible Gesundheitsversorgung und nehmen dabei die
58 unterschiedlichen Risiken und Belastungen der Geschlechter in den Blick. Dazu
59 gehören Erkrankungen und Risikofaktoren, die bei Frauen statistisch häufiger
60 auftreten (z.B. Brustkrebs oder Lipödeme), unbezahlte Fürsorgearbeit und
61 Angehörigenpflege sowie häusliche und sexuelle Gewalt bei Frauen. Bei Männern
62 betrifft dies u.a. die besonderen Gefäßrisikofaktoren, die niedrigere
63 Lebenserwartung, die erhöhte Suizidrate und tradierte Rollenbilder. Erfolgreiche
64 Gesundheitspolitik ist immer auch erfolgreiche Genderpolitik.

65 Der Zugang zu guter medizinischer Versorgung muss für alle und jeden immer
66 gegeben sein ohne Hürden und ohne Diskriminierung. Daher fordern wir, dass alle
67 Kreise und kreisfreien Städte den bestehenden Anspruch von Sozialhilfe- und
68 Asylbewerberleistungsberechtigten auf eine Gesundheitskarte einer Krankenkasse
69 ihrer Wahl („Wie-Mitgliedschaft“) endlich umsetzen. Unsere Grüne Integrations-
70 Ministerin Anne Spiegel hat die psychologische Unterstützung für traumatisierte
71 geflüchtete Menschen in unserem Land deutlich verbessert. Weitere angedachte
72 Reformen beinhalten Verbesserungen bei Dolmetscher*innen für Geflüchtete.

73 Wohnungslose Menschen finden oft keinen oder nur erschwerten Zugang zu
74 medizinischer Versorgung. Wir fordern, dass bedarfsgerecht ein niederschwelliges
75 spezielles allgemeinmedizinisches Angebot für diese benachteiligte
76 Personengruppen entwickelt wird, dass auch die fachärztliche Weiterversorgung
77 miteinbezieht. Wir sehen die Gesundheitsversorgung als Teil der umfassenden
78 Obdachlosenhilfe.

79 Wir haben dafür gesorgt, dass das Land die Einrichtung einer Beratungsstelle
80 (Clearingstelle) für Menschen unterstützt, die ohne Krankenversicherung
81 dastehen. Ziel ist es, diesen Menschen Wege in die gesetzliche
82 Krankenversicherung aufzuzeigen und sie dabei zu unterstützen. Für diese
83 Beratungsstelle wollen wir ausreichend Fördermittel zur Verfügung. Auf
84 Bundesebene setzen wir uns für die Schaffung einer aus dem Gesundheitsfonds
85 finanzierten Notfallbehandlung für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz ein.
86 Außerdem wollen wir ein Register schaffen, mit dem Krankenkassen ihre

87 Zuständigkeit klären können. Bis dahin wollen wir mit einem entsprechenden Fonds
88 auf Landesebene vorangehen.

89 Ambulante Versorgung stärken

90 Rheinland-Pfalz verfügt aktuell über eine gute ambulante medizinische
91 Versorgung, diese Versorgung steht jedoch durch einen zunehmenden
92 Ärzt*innenmangel und durch die demographische Entwicklung vor großen
93 Herausforderungen.

94 Wir GRÜNE wollen eine wohnortnahe hausärztliche und fachärztliche Versorgung der
95 Menschen in allen Landesteilen erhalten. Die zunehmende Zahl hochbetagter
96 Menschen wird dabei zusätzliche Anforderungen an das Gesundheitssystem stellen.
97 Die Versorgung muss stärker vernetzt, barrierefrei und oft auch aufsuchend zu
98 Hause bei den Patient*Innen stattfinden. Es gibt viele therapeutische und
99 ärztliche Praxen, die für Menschen mit Behinderung und ältere Menschen nicht
100 barrierefrei zugänglich und nutzbar sind. Das wollen wir ändern.

101 Die hausärztliche Betreuung ist das wichtigste Element in der ambulanten
102 Medizin. Die hausärztliche Versorgung in ländlichen Regionen ist eine der großen
103 gesundheitspolitischen Aufgaben in unserem Land. Rund 60% der Hausärzt*innen
104 werden in den nächsten fünf Jahren in Ruhestand gehen. Die Nachbesetzung vieler
105 Praxen ist nicht sichergestellt. Damit ist zu erwarten, dass Menschen in
106 medizinischen Einrichtungen in bevölkerungsstärkeren Gemeinden mitversorgt
107 werden müssen und längere Fahrten zum Arzt in Kauf nehmen müssen. Wo es keinen
108 ausreichenden ÖPNV gibt, müssen daher besondere Beförderungsmöglichkeiten (z.B.
109 „Therapietaxis“) für Fahrten zu Ärzt*innen und Therapeut*innen geschaffen
110 werden.

111 Inzwischen sind nicht mehr nur großstadtferne Bereiche vom Hausärztemangel
112 betroffen. Das Land Rheinland-Pfalz hat seit 2007 zusammen mit der
113 Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesärztekammer, dem Hausärzteverband und
114 der Universitätsmedizin Mainz im Rahmen eines Masterplans Maßnahmen entwickelt;
115 dazu gehören finanzielle Förderungen für die Niederlassung in bestimmten
116 Regionen oder von Zweigarztpraxen, die Unterstützung der Aus- und Weiterbildung
117 und zuletzt eine Landarztquote für Medizinstudierende, eine Maßnahme die wenn
118 überhaupt erst in vielen Jahren wirkt. Daneben gibt es einen Strukturfonds zur
119 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung durch die Kassenärztliche Vereinigung
120 (KV) in Rheinland-Pfalz. Durch diese Maßnahmen hat sich die Versorgungssituation
121 in einigen Regionen in Rheinland-Pfalz gebessert. Weitere Schritte sind jedoch
122 notwendig.

123 Auch in vielen fachärztlichen Bereichen ist die Versorgung in den nächsten
124 Jahren zunehmend bedroht. Häufig werden Ärzt*innen aus Osteuropa, Nordafrika und
125 anderen Regionen für die fachärztliche Ausbildung in unseren Krankenhäusern und
126 Arztpraxen angestellt. In vielen Ländern ist dadurch die gesundheitliche
127 Versorgung inzwischen stark bedroht. Wir setzen auf eine bedarfsdeckende Zahl
128 von Medizinstudienplätzen und Arztausbildungsstellen in Rheinland-Pfalz.

129 Wir GRÜNEN fordern folgende Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten
130 medizinischen Versorgung für die Menschen in Rheinland-Pfalz.

- 131 1. Wir brauchen mehr Medizinstudienplätze im Land! Die Zahl der
132 Medizinstudienplätze wird in der laufenden Wahlperiode um 10 %

aufgestockt. Diese Entwicklung weist in die richtige Richtung, aber muss weitergehen und intensiviert werden. Deshalb wollen wir auch über das Jahr 2021 hinaus mehr Studienplätze schaffen. Langfristig wollen wir eine zweite Universitätsmedizin in Rheinland-Pfalz schaffen. Ein erster Schritt in diese Richtung ist die Regionalisierung des klinischen Studiums. Diese wird jetzt in Trier umgesetzt. Diesen Schritt begrüßen wir, denn eine ärztliche Ausbildung vor Ort erhöht die Chancen, dass die jungen Ärzt*innen in der Region bleiben.

2. Wir wollen, dass mehr Absolvent*innen der Medizin auch eine Beschäftigung im behandelnden medizinischen Bereich aufnehmen. Hierfür wollen wir einen Maßnahmenplan entwickeln. Die Förderprogramme zur hausärztlichen Versorgung müssen weiter ausgebaut und finanziell gestärkt werden sowie auf unterversorgte fachärztliche Bereiche ausgedehnt werden. Die Beratung der Kommunen mit drohendem Ärztemangel muss verbessert werden.

3. Wir brauchen vermehrt Anreizsysteme, um eine Niederlassung in ländlichen Gebieten und in städtischen Problemgebieten zu fördern.

4. Gut ausgebildete Medizinische Fachangestellte und Pflegekräfte können die Ärzt*innen im Alltag wirkungsvoll unterstützen und die Versorgung der Patient*innen verbessern. Zum Beispiel können Versorgungsassistent*innen in der Hausarztpraxis (VeraH) Hausbesuche machen, Aufgaben wie die Wundversorgung übernehmen, mit Pflegestützpunkten zusammenarbeiten und Komplikationen gemeinsam vorbeugen. Wir wollen die Aus- und Weiterbildung dieser Berufsgruppen unterstützen und fördern, um die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen und Ärzt*innen zu entlasten.

5. Wo die Patient*innen weite Wege zu medizinischen Einrichtungen in Kauf nehmen müssen, wollen wir Bürgerbusse, Hol- und Bringdienste (z.B. „Therapietaxis“) und mobile ärztliche Praxen mit Sprechstunden vor Ort fördern, um die Versorgung der Menschen aufrecht zu erhalten.

6. Wir wollen ein Förderprogramm zum barrierefreien Umbau und zur barrierefreien Ausstattung für ärztliche und therapeutischen Praxen.

7. Telemedizinische Angebote können spezialisierte Angebote auch in abgelegene Regionen bringen, sie sollen den menschlichen Kontakt aber nicht ersetzen. Daher wollen wir telemedizinische Angebote dort unterstützen, wo sie sinnvoll sind und Versorgungsdefizite ausgleichen können.

8. Niedergelassene Ärzt*innen, Krankenhäuser und Pflegeheime müssen enger zusammenarbeiten. In Regionen mit ärztlicher Unterversorgung müssen auch die Kliniken die ambulante Versorgung mitübernehmen. Dabei dürfen nicht mehr stationäre Aufenthalte das Ergebnis sein, im Gegenteil sollen unnötige Einweisungen, gerade bei älteren Menschen, vermieden werden.

9. Wir wollen die Beratung für Kommunen verbessern, die Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründen wollen und Modellprojekte fördern.

10. Wir wollen die Gründung von vertragsärztlichen Praxiskliniken fördern und die bestehenden Hürden abbauen.

177 Alle Maßnahmen wollen wir in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden, Kammern und
178 Patientenvertreter*innen weiterentwickeln und umsetzen.

179 Stationäre Versorgung

180 Rheinland-Pfalz weist ein vielgliedriges stationäres Versorgungsangebot auf, von
181 der Universitätsmedizin bis zum Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung vor
182 Ort.

183 Kleine ländliche Krankenhäuser leisten einen wichtigen Beitrag für die
184 wohnortnahe Versorgung. Zum Teil können sie jedoch als reines Krankenhaus nicht
185 mehr betrieben werden. Wir GRÜNE unterstützen eine Weiterentwicklung solcher
186 Krankenhäuser hin zu lokalen Gesundheitszentren, die Pflege- und
187 Beratungsbereiche integrieren und sich mit niedergelassenen Ärzten vernetzen
188 können, um ein bedarfsgerechtes Angebot für die Menschen aufrecht zu erhalten.
189 Gesundheitszentren können primär ambulante, klinikgestützte oder
190 sektorenübergreifend vernetzte Einrichtungen sein.

191 In Rheinland-Pfalz besteht eine hohe Inanspruchnahme von stationären
192 Krankenhausleistungen auch für leichtere medizinische Probleme. Ein besseres
193 Angebot an tagesklinischen oder ambulanten Leistungen sowie von Praxiskliniken
194 und Medizinischen Versorgungszentren kann hier hilfreich sein. Auch hierfür
195 können Gesundheitszentren gute Lösungen anbieten.

196 Das Land hat einen neuen Landeskrankenhausplan verabschiedet mit einer
197 Gültigkeit von 2019 – 2025. Er ist als Rahmenplan angelegt, um den
198 Krankenhäusern genügend Spielraum zu lassen vor dem Hintergrund der
199 „marktregulatorischen“ Elemente, die sich aus dem aktuellen Finanzierungssystem
200 (DRG-System) ergeben. Wir sehen diesen Ansatz und das DRG-System kritisch.
201 Gesundheitsdienstleistungen sind keine Marktprodukte, sondern Daseinsvorsorge.
202 Patient*innen sind keine Kund*innen.

203 Wir GRÜNE wollen die Freiräume der Krankenhäuser erhalten. Gleichzeitig sprechen
204 wir uns jedoch für mehr Kooperationen und Spezialisierungen der Krankenhäuser
205 zum Nutzen der Patient*innen aus. Doppelvorhaltungen innerhalb des Nahraums
206 sollen abgebaut und die Zusammenarbeit der Krankenhäuser gefördert werden. Wir
207 wollen, dass die Initiative hierzu stärker als bisher von der Landesregierung
208 ausgeht.

209 Wir GRÜNE sprechen uns auch dafür aus, das aktuelle
210 Krankenhausfinanzierungssystem (DRG-System) grundlegend zu reformieren. Aktuell
211 bestehen viele Fehlanreize hin zu Erbringung hochpreisiger und invasiver
212 Leistungen, wohingegen ein sanfteres Vorgehen und die Beratung der Patient*innen
213 weniger belohnt werden. Wir wollen diesen Fehlanreizen entgegenwirken und die
214 aktuelle Vergütung von Einzelleistungen in ein Budgetbemessungssystem
215 überführen, in dem auch regionale und soziale Faktoren stärker berücksichtigt
216 werden. Dafür soll sich das Land bei der Selbstverwaltung und auf Bundesebene
217 stark machen.

218 In den Krankenhäusern gab es in den letzten Jahren einen starken
219 Rationalisierungsdruck, der durch die Betriebskostenfinanzierung (DRG-System)
220 und durch die zu geringe Investitionsfinanzierung durch die Länder zustande kam.
221 Die Krankenhäuser finanzieren Ihre Betriebskosten durch das DRG-System, für
222 Baumaßnahmen und Großgeräte sind hingegen die Länder zuständig. Die zu geringe
223 Investitionsfinanzierung führt dazu, dass Mittel, die in die

224 Patientenfinanzierung fließen sollen, z.B. für Baumaßnahmen verwendet werden.
225 Wir GRÜNE haben für Verbesserungen der Investitionsfinanzierung der
226 Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz gesorgt und wollen diese schrittweise erhöhen
227 und für eine ausreichende Ausstattung der Häuser sorgen.

228 Die Rationalisierung in den Krankenhäusern ging vor allem zu Lasten der
229 Pflegekräfte. Aktuell bleibt eine Pflegekraft in Deutschland nur rund 8 Jahre in
230 ihrem Beruf. Das ist ein Skandal. Wir wollen die Pflege in den Krankenhäusern
231 wieder attraktiver machen.

232 1. Die Zugänge für Quereinsteiger*innen in die Pflegeberufe wollen wir
233 niedrigschwelliger gestalten.

234 Mit der Landespflegekammer, deren Einrichtung wir unterstützt haben und den
235 Berufsverbänden wollen wir dabei zusammenarbeiten.

236 1. 1. Bei ein- und zweijährigen Ausbildungsgängen wollen wir für
237 Durchlässigkeit sorgen und Höherqualifizierungen attraktiver machen.

238 2. 1. Neue Ausbildungsmodelle wie Teilzeitausbildung und duale Ausbildung
239 sowie eine modulare, gut geförderte Weiterbildung wollen wir
240 stärken.

241 3. 1. Wir unterstützen eine zielgerichtete Akademisierung der Pflegeberufe
242 und schaffen durchlässige Wege aus verwandten Berufen, die keine
243 Fachhochschulreife voraussetzen.

244 4. 1. Wir setzen uns ein für eine bessere Vergütung der Pflegeberufe.

245 Mit diesen Maßnahmen wollen wir die Pflegeberufe aufwerten und dem
246 Pflegekräftemangel entgegenwirken.

247 Den Schritt der Bundesregierung, die Pflegekosten aus der DRG-Finanzierung
248 herauszunehmen und zusätzliche Pflegekräfte extra zu finanzieren, begrüßen wir.
249 Hingegen sind die aktuell von der Bundesregierung eingeführten
250 Pflegepersonaluntergrenzen ein unzureichendes Mittel, da sie zu
251 Verlagerungseffekten in den Kliniken und zu einer Orientierung am erforderlichen
252 Mindeststandard führen können. Stattdessen fordern wir ein
253 Personalbemessungsinstrument, das es erlaubt, in jeder Klinik genauso viele
254 Pflegekräfte einzusetzen wie es die Patient*innen benötigen. Mittelfristig
255 sollen für alle Berufsgruppen mit Patientenbezug in den Krankenhäusern
256 Personalbemessungsinstrumente eingeführt werden, damit alle Patient*innen genau
257 die erforderliche Unterstützung erhalten.

258

259 Wir wollen, dass das Land in seinen Krankenhäusern bei der Vermeidung von
260 Überlastung der Pflegekräfte beispielhaft voran geht.

261 Auch viele andere der zahlreichen aktuellen Reformen des
262 Bundesgesundheitsministers gehen in die falsche Richtung oder verfehlen ihr
263 Ziel, wie zum Beispiel das Terminservicegesetz, das raschere Arzttermine
264 ermöglichen soll. Es ist jedoch teuer und droht die Versorgung Älterer und
265 chronisch Kranker eher zu verschlechtern. Die Gesetzgebungsprozesse sind oft
266 intransparent und chaotisch und erschweren die parlamentarische Kontrolle.

267 Die Qualitätssicherung in den Krankenhäusern wollen wir ausbauen und mehr
268 Landesprojekte anstoßen. Wir setzen uns für eine Ausweitung der
269 Ernährungsberatung in den Krankenhäusern und für eine vorbildliche Ernährung der
270 Patient*innen dort ein.

271 Der Werbung für die freiwillige Organspende wollen wir ein besonderes Augenmerk
272 widmen und die Kliniken in die Lage versetzen, in diesem schwierigen Bereich
273 ihre Aufgaben zu erfüllen. Ebenso wollen wir die Digitalisierung in den Kliniken
274 mit zusätzlichen Mitteln fördern, insbesondere dort wo dies die Arbeitsabläufe
275 vereinfachen kann und eine Erhöhung der IT-Sicherheit. Die Einführung der
276 elektronischen Gesundheitskarte betrachten wir aufgrund der bestehenden
277 Missbrauchsgefahr mit Skepsis und fordern Freiwilligkeit und allerhöchste
278 Sicherheitsstandards.

279 Unser Ziel ist die bestmögliche Versorgung und Finanzierung von Patient*innen
280 mit akuten Erkrankung und Verletzungen und eine dafür angemessene Finanzierung
281 der versorgenden Krankenhäuser. Die Notfallmedizin ist aber bundesweit chronisch
282 unterfinanziert. Für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und das Retten
283 von Leben ist es aber unverzichtbar, dass Maximalversorger wie die UniMedizin in
284 Mainz rund um die Uhr ihre hochspezialisierten medizinischen Leistungen für
285 akute Notfälle vorhalten.

286 Die Notfallmedizin darf nicht länger unter dem Damoklesschwert rein
287 betriebswirtschaftlicher Kostenbetrachtung stehen, sondern muss als öffentliche
288 Daseinsvorsorge anerkannt und ausreichend, auch aus Steuermitteln, finanziert
289 werden.

290 Allen Hilfsorganisationen, die sich im Rettungsdienst, aber auch in anderen
291 Bereichen wie dem Blutspendedienst engagieren, danken wir für die wertvolle
292 geleistete Arbeit. Die Zusammenarbeit mit den Rettungsdiensten wollen wir
293 stärken und verbessern. Insbesondere setzen wir uns dafür ein, dass auch in
294 abgelegenen Gebieten jederzeit ein rascher Transport in die Kliniken möglich
295 ist. Hierfür ist in Rheinland-Pfalz ein nachflugtauglicher Hubschrauber
296 erforderlich, der jederzeit einsatzfähig ist.

297 Eine Behinderung von Rettungsdiensteinsätzen kann für Erkrankte und Verletzte
298 große Nachteile bedeuten und stellt einen Straftatbestand dar. Hier bedarf es
299 größerer Anstrengungen, um unsere Rettungskräfte zu schützen.

300 Rehabilitation

301 Rehabilitationsleistungen sollen schwerwiegende Krankheitsfolgen mindern. Sie
302 können ambulant, teilstationär, stationär und in Form einer mobilen Reha im
303 häuslichen Umfeld der Patient*innen erfolgen.

304 Bei der Durchführung der Rehabilitation gilt der Grundsatz „ambulant vor
305 stationär“. Aufgrund unserer älter werdenden Bevölkerung besteht ein steigender
306 Bedarf an Rehabilitationsbehandlungen.

307 Trotzdem ging in Rheinland-Pfalz die Zahl der Reha-Kliniken zwischen 2006 und
308 2016 von 66 Einrichtungen auf 53 Einrichtungen zurück (-20%; in Deutschland
309 insgesamt -8%). Bezogen auf die Bevölkerung liegt die Zahl der
310 Rehabilitationsbehandlungen und die Anzahl der zur Verfügung stehenden Reha-
311 Betten in RLP unter dem Bundesdurchschnitt.

312 Die Wartezeit auf einen Reha-Platz ist für die Patient*innen in Rheinland-Pfalz
313 häufig zu lange. Dies gilt insbesondere für die Frührehabilitation (Phase B-
314 Reha) für schwer Betroffene.

315 Wir fordern daher einen Ausbau sowohl des stationären als auch des
316 teilstationären und mobilen Reha-Angebots in Rheinland-Pfalz und mehr Betten in
317 der Früh-Reha.

318 Notwendige Analysen können zeigen, in welchen Landesteilen der Bedarf am größten
319 ist, um den Menschen eine möglichst wohnortnahe Versorgung zu ermöglichen.

320 Zusammenarbeit ambulant – stationär. Sektorenübergreifende Versorgung zum Wohl
321 der Patient*innen

322 Gute gesundheitliche Versorgung muss sich an den Bedarfen der Menschen
323 orientieren. Oft ist es heute jedoch so, dass die Patient*innen sich an
324 untaugliche, historisch gewachsene Strukturen anpassen müssen. Die bedeutsamste
325 Hürde ist dabei die Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter Medizin.
326 Gesundheitsplanung muss sich an den Versorgungspfaden der Patient*innen
327 ausrichten, die nicht an den Sektorengrenzen Halt machen dürfen.

328 Auf regionaler Ebene wollen wir Gesundheits- oder Versorgungskonferenzen in
329 öffentlich-rechtlicher Trägerschaft einführen, die von einem oder mehreren
330 Landkreisen und kreisfreien Städten getragen werden. Regionale
331 Gesundheitskonferenzen existieren bereits in anderen Ländern, in Rheinland-Pfalz
332 werden sie selten als Instrument genutzt. Wir wollen sie zum Standard machen. An
333 diesen Konferenzen sollen unter Leitung des Gesundheitsamtes je nach
334 Tagesordnung Vertreter der niedergelassenen Ärzt*innen, Krankenhäuser,
335 Therapeut*innen, Psychotherapeut*innen, Hebammen, Sozialarbeiter*innen und
336 Pflegedienste, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Krankenkassen sowie
337 Patient*innenvertretungen teilnehmen. Die Konferenzen sollen in festen Abständen
338 tagen, Ziele definieren, Versorgungsdefizite in den Regionen identifizieren,
339 Lösungsmöglichkeiten aufzeigen und für eine möglichst gute Zusammenarbeit aller
340 Beteiligten zum Wohl der Patient*innen sorgen. Auch Aspekte der Prävention
341 sollen behandelt werden. Sie sollen sich auch um die Optimierung der Versorgung
342 spezieller Patientengruppen, wie Wohnsitzlose, Menschen mit Behinderungen oder
343 Demenzzranke kümmern. Der öffentliche Gesundheitsdienst wird für diese Aufgabe
344 ausgebaut, private Managementgesellschaften bevorzugen wir nicht.

345 Auf Landesebene soll eine Landesgesundheitskonferenz koordinierende Aufgaben
346 übernehmen. Best practice Beispiele der Kreise und Regionen können dort
347 vorgestellt werden und im Land Verbreitung finden. Überregionale
348 Versorgungsaspekte und die Zusammenarbeit der Kreise und Regionen sollen dort
349 besprochen werden.

350 Das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V wollen wir stärken und ausbauen.
351 Es setzt sich zusammen u.a. aus Vertreter*innen des Landes, der Kassenärztlichen
352 Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen, der
353 Landeskrankenhausgesellschaft, der Berufskammern und auf Initiative von uns
354 GRÜNEN auch aus Patientenvertreter*innen. Es soll Empfehlungen zu
355 sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben. Wir wollen diesem Gremium
356 sukzessive mehr Kompetenz und planerische Möglichkeiten geben.

357 Wir GRÜNE wollen regionale Modellprojekte zur sektorenübergreifenden Versorgung
358 anstoßen, zunächst insbesondere in unterversorgten Regionen.

359 Mittel- und langfristig können Gesundheitsregionen aus Landkreisen und
360 kreisfreien Städten regionale Budgets aus der Krankenversicherung zur Verfügung
361 gestellt bekommen, die sowohl der stationären als auch der ambulanten Versorgung
362 dienen sollen. Die Budgets dürfen sich dabei nicht nur an der Einwohnerzahl
363 orientieren, sondern auch an den Krankheitshäufigkeiten und sozialen Bedingungen
364 vor Ort.

365 Geburtshilfe stärken – Politik für die Familien

366 Die Unterstützung und Begleitung durch Hebammen bereits früh in der
367 Schwangerschaft und rund um die Geburt ist für die Frauen und ihre Familien
368 unverzichtbar. Familienhebammen sind dabei besonders wichtig. Dabei stehen wir
369 für eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe und eine qualitativ
370 hochwertige Geburtshilfe sowie eine Akademisierung des Hebammenberufs wie in
371 einer aktuellen EU-Vorgabe gefordert.

372 In Rheinland-Pfalz stieg die Zahl der Hebammen zwischen 2005 und 2017 um rund
373 ein Drittel, dennoch besteht eine Fachkräftelücke. Wir setzen uns dafür ein,
374 dass bei der jetzt erfolgenden Umstellung der Hebammen-Ausbildung auf ein
375 Studium die Ausbildungskapazitäten erhalten bleiben. Für jeden wegfallenden
376 Ausbildungsplatz soll ein Studienplatz entstehen. Nach der Umstellungsphase
377 wollen wir prüfen, ob ein Aufbau weiterer Studienplätze notwendig ist. Außerdem
378 treten wir ein für eine bessere Personalbemessung in den Kreißsälen, um die
379 Arbeitsbedingungen zu verbessern und für die Absicherung der freiberuflichen
380 Hebammen. Die Arbeit der Hebammen muss aufgewertet und besser bezahlt werden.
381 Die Einrichtung von Hebammenzentralen wollen wir flächendeckend fördern. Wir
382 unterstützen auch andere regionale Versorgungsmodelle zur regionalen Versorgung
383 mit Hebammen- und Geburtshilfeleistungen. Wir wollen die wertvolle Arbeit der
384 Hebammen politisch langfristig absichern.

385 In der Laufzeit des letzten Landeskrankenhausplans haben 17 geburtshilfliche
386 Kliniken ihren Betrieb eingestellt, zuletzt auch geburtenstarke Abteilungen.
387 Noch ist die Versorgung in Rheinland-Pfalz insgesamt gewährleistet. Die
388 Landesregierung wird aufgefordert, ein Konzept zu erarbeiten, um den Kliniken
389 ein Überleben der Geburtshilfe an den verbliebenen Standorten zu ermöglichen.
390 Wir wollen eine gute Erreichbarkeit durch individuelle regionale Konzepte
391 aufrechterhalten und den Frauen und jungen Familien ein gutes Angebot machen.

392 Die Zahl der Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, ist in
393 Deutschland und in Rheinland-Pfalz deutlich zurückgegangen und zwar stärker als
394 die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche selbst. Wir wollen die Versorgungslage für
395 Frauen in Rheinland-Pfalz verbessern, die ungewollt schwanger werden und einen
396 Schwangerschaftsabbruch vornehmen wollen. Dazu streben wir eine Zusammenarbeit
397 mit der Landesärztekammer, den Fachverbänden und der Kassenärztlichen
398 Vereinigung an.

399

400 90/90/90 Ziel für Rheinland-Pfalz - HIV und Aids bekämpfen

401

402 Die Chance das HI-Virus zu besiegen ist keine Vision mehr, sondern real
403 vorhanden. Unser Ziel ist es, AIDS bis 2030 zu beenden. Um dieses Ziel zu
404 erreichen, sollen bis 2025 90 Prozent der HIV-infizierten Menschen ihren Status
405 kennen, 90 Prozent dieser Menschen sollen in Behandlung sein und bei 90 Prozent
406 der Behandelten eine nachhaltige Unterdrückung der Viruslast stattfinden. Ein

407 weiteres Ziel der Initiative ist der Abbau von Stigmatisierung und
408 Diskriminierung von Menschen mit HIV oder AIDS. Hierfür bauen wir die
409 Unterstützung für Aufklärungsprojekte und Unterstützungsangebote aus. Für einen
410 sicheren und verantwortungsvollen Umgang sollte jede*r den eigenen Status
411 kennen. Deswegen sollen die Möglichkeiten der Schnelltests zur HIV Erkennung
412 weiter ausgebaut werden.

413 Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen verbessern

414 Vor 44 Jahren hat die Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestags wegweisende
415 Impulse für die Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen
416 erbracht.

417 Die heutige Realität dieses Versorgungsbereichs bedarf unserer politischen
418 Aufmerksamkeit: Psychische Erkrankungen nehmen zu. Das Versorgungssystem ist
419 stark differenziert und weder von Erkrankten, ihren Angehörigen noch von im
420 Gesundheitssystem Tätigen noch zu überblicken. Lange Wartezeiten auf einen
421 Therapieplatz, eine unzureichende Verzahnung der ambulanten und stationären
422 Versorgung, Angst der Betroffenen vor Stigmatisierung: in der Versorgung von
423 Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt es einiges zu tun. Aktuelle Zahlen
424 der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung zeigen ein
425 ernüchterndes Bild: die Hälfte aller Fälle im laufenden Jahr entfiel auf
426 Menschen, die psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe benötigten.

427 Wir Grüne setzen uns für Versorgungsstrukturen ein, in denen psychisch erkrankte
428 Menschen schneller psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung bekommen.
429 Daher begrüßen wir die jüngst vorgenommene Anpassung der
430 Bedarfsplanungsrichtlinie und die dadurch neu geschaffenen Kassensitze.
431 Darüber ist es erforderlich, die bisherige Versorgungsstruktur in Rheinland-
432 Pfalz für Jugendliche und junge Erwachsene um niederschwellige und
433 unbürokratische Kontakt-, Beratungs- und Behandlungsinitiativen für junge
434 Menschen in Krisen zu ergänzen, da diese erfahrungsgemäß zunächst nicht wissen,
435 was mit ihnen los ist und daher seltener den Arzt/ die Ärztin aufsuchen. Hierfür
436 gibt es Vorbilder u.a. in Berlin, Australien und England.
437 Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen kann eine frühe Intervention
438 den Verlauf verbessern, neue Krankheitsepisoden verhindern, und die Chance
439 erhöhen, in Schule und Arbeitsleben zurückzufinden. Eine verbesserte
440 Früherkennung und Frühintervention von psychischen Beeinträchtigungen würde die
441 Gesundheit und soziale Integration junger Menschen steigern, individuelles Leid
442 verringern und langfristig eine starke Entlastung der öffentlichen Kassen
443 bedeuten.

444 Unsere Gesundheitspolitik wird alle von den gesetzlichen Krankenversicherungen
445 finanzierten Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen
446 regional vernetzten und so eine für Patient*innen gute, passgenaue und
447 leitliniengerechte Behandlung ermöglichen. Wir wollen, dass beim Pfalzkrankenhaus
448 und beim Landeskrankenhaus mit ihren breiten, sektorenübergreifenden Angeboten, von
449 den Krankenversicherungen die Finanzierung auf ein auskömmliches Globalbudget
450 umgestellt wird.

451 Die Beteiligung von Erkrankten und ihren Angehörigen sowie der organisierten
452 Selbsthilfe in Entscheidungen und in der Gremienarbeit sowie die Förderung von
453 Autonomie und sozialer Teilhabe sind für unsere Politik selbstverständlich. Wir
454 wollen eine gute Zusammenarbeit der Versorgungsangebote mit

455 Integrationsbetrieben und anderen Arbeitgeber*innen und ggf. Betreuer*innen,
456 Betreuungs- und Sozialgerichten, um die passgenaue Teilhabe am Arbeitsleben und
457 der Gesellschaft zu ermöglichen.

458 Im Bereich der Gesundheitsprävention wollen wir verstärkt die Prävention
459 psychischer Erkrankungen fördern. Der Stigmatisierung von Betroffenen wollen wir
460 mit Informationskampagnen entgegenwirken.

461 Heilmittel

462 Wir GRÜNE setzen uns für eine Aufwertung der Therapeut*innenberufe ein.

463 Die Gruppe der Heilmittelerbringer*innen in den Bereichen Physiotherapie,
464 Ernährungstherapie, Ergotherapie, Podologie und Logopädie unterstützen und
465 begleiten Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt
466 oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist es, sie bei der Durchführung für
467 sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Bewegung, Sprache und
468 Sprechen, Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen
469 Umwelt zu stärken. Die Ausbildung ist zurzeit weitgehend noch an
470 kostenpflichtigen Schulen und nur wenigen Hochschulen möglich. Dies entspricht
471 nicht dem Europäischen Niveau. Wir fordern eine kostenfreie Ausbildung mit
472 ausreichender Kapazität; wo sinnvoll soll diese in Hochschulen erfolgen.

473 Wir wollen eine faire Bezahlung auch in der Ausbildung. Heilmittelerbringer sind
474 bundesweit Mangelberufe. Vor allem auf dem Land bleiben offene Stellen
475 unbesetzt. Die niedrige Entlohnung führt zu einer Flucht aus dem Beruf in andere
476 Arbeitsfelder.

477 Eine bessere Koordination zwischen Pflegekräften, Therapeut*innen und Ärzt*innen
478 unter Einbeziehung der Patient*innen und ihrer Angehörigen ist dringend
479 erforderlich.

480 Auf Landesebene soll beim Krankenhaus-Entlass-Management die Zusammenarbeit mit
481 den weiterbehandelnden Heilmittelerbringern verbessert werden, die Verzögerungen
482 in der Weiterbehandlung nach einem Krankenhausaufenthalt führen oft zu
483 Verschlechterungen bei dem Patienten*innen.

484 Niedergelassene Heilmittelerbringer*innen sind auf Verordnungen durch Haus- und
485 Fachärzt*innen tätig. Wir prüfen einen Direktzugang zu Heilmittelerbringer*innen
486 zu Lasten der Sozialversicherungen, sowie es in vielen anderen europäischen
487 Staaten schon möglich ist.

488 Bei der Ermöglichung von Teilhabe sind Heilmittelerbringer wichtige Akteure. Mit
489 ihren spezifischen Aktivitäten verbessern sie die Lebensqualität der Betroffenen
490 und erweitern sie die Handlungsfähigkeiten im Alltag. Die Handlungsfelder der
491 Heilmittelerbringer sind weiter zu entwickeln, da sie im Rahmen eines
492 Inklusionsprozesses unabdingbar sind.

493 Krankheiten vorbeugen - vor allem dort wo die Risiken hoch sind

494 Präventionsmaßnahmen dürfen nicht einfach mit der Gießkanne verteilt werden, sie
495 müssen schwerpunktmäßig dort ansetzen, wo die Menschen besonderen Risiken
496 ausgesetzt sind.

497 Nirgendwo in Deutschland leben Menschen so kurz wie in Pirmasens in der West-
498 Pfalz. Die Lebenserwartung beträgt dort bei Männern rund 73 Jahre und bei Frauen

499 77 Jahre und damit rund 8 Jahre weniger als in begünstigten deutschen Regionen
500 wie am Starnberger See. Die Rate an vielen chronischen Erkrankungen, z.B. Herz-
501 Kreislauf- oder Atemwegserkrankungen ist hier besonders hoch. Gleichzeitig sind
502 in Pirmasens besonders viele Menschen arbeitslos oder beziehen Grundsicherung.
503 Gesundheitspolitik kann nicht die sozialen Benachteiligungen ausgleichen oder
504 wirtschafts- oder arbeitspolitische Maßnahmen ersetzen wie sie für die Westpfalz
505 zum Teil bereits eingeleitet wurden. Sie kann aber den Menschen ein Angebot
506 machen, das auf ihre speziellen Bedarfe zugeschnitten ist und gesundheitlichen
507 Nachteilen entgegenwirken.

508 Daher fordern wir als Modellvorhaben ein langfristig angelegtes
509 Gesundheitsprojekt in Pirmasens. Eingehend müssen zunächst die gesundheitliche
510 Situation und Versorgung in den Stadtteilen und Quartieren wissenschaftlich
511 untersucht werden und darauf aufbauend zielgenau Maßnahmen entwickelt werden.
512 Dies soll mit und nicht für die Bürger*innen oder über ihre Köpfe hinweg
513 erfolgen. Stadt und Land, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen,
514 Therapeut*innen, Pflegekräfte, Wohlfahrtsverbände, Sportvereine,
515 Selbsthilfegruppen und andere sollen in dem Projekt zusammenarbeiten. Hier ist
516 es besonders wichtig, die vorhandenen Netzwerke einzubeziehen bzw. zu nutzen
517 (Pakt für Pirmasens, Demokratie leben, Lern- und Spielstuben u.A.).
518 Niederschwellige medizinische Angebote, Schulungen und Beratungen und auch
519 Bildungsprojekte können Teil des Vorhabens sein. Die Erkenntnisse sollen für
520 andere Regionen nutzbar gemacht werden.

521 Der Kinder- und Jugendreport der DAK vom Februar 2019 hat für Rheinland-Pfalz im
522 Bundesvergleich höhere Raten bei einer Reihe von Krankheiten gezeigt,
523 insbesondere für ADHS, akute Atemwegserkrankungen und krankhaftes Übergewicht.
524 Wir fordern die Landesregierung auf, diese Ergebnisse anhand weiterer
525 Krankenkassendaten zu überprüfen, Ursachen zu analysieren und gegebenenfalls
526 präventive Maßnahmen abzuleiten und umzusetzen. Viele Erkrankungen bei Kindern
527 hängen stark mit den Bedingungen des Elternhauses zusammen. Wir Grüne wollen
528 gesundheits-, sport- und bildungspolitisch gezielt Maßnahmen entwickeln, um den
529 Nachteilen für Kinder und Jugendliche entgegenzuwirken.

530 In einem Landesgesundheitsbericht und einer Landesgesundheitskonferenz sollen
531 jährlich besondere Entwicklungen in der Gesundheit und in der medizinischen
532 Versorgung in unserem Land und seinen Kreisen und Städten besprochen werden und
533 geeignete Maßnahmen abgeleitet werden. Es bedarf der landesweiten
534 Aufmerksamkeit, wenn einzelne Regionen oder gesellschaftliche Gruppen in unserem
535 Land gesundheitlich abgehängt werden oder wenn die Versorgung in Rheinland-Pfalz
536 anderen Bundesländern hinterherhinkt.

537 Prävention erhöht die Lebensqualität für Menschen aller Altersgruppen und sie
538 senkt Kosten und vermeidet zusätzliche Bedarfe. Vorbeugung steht daher immer vor
539 Therapie.

540 Für ein neues Landes-Gesundheitsgesetz

541 Wir GRÜNE fordern, dass die beschriebenen Reformen in der kommenden
542 Legislaturperiode in Form eines neuen Landes-Gesundheitsgesetzes beschlossen
543 werden. Damit soll eine stärkere Orientierung am Nutzen für die Patient*innen,
544 eine bessere Einbeziehung der Bürger*innen und eine regionale Ausrichtung der
545 Versorgung erreicht werden.

546 Ziel unserer Politik ist es, dem Land, den Kreisen und Kommunen mehr Kompetenz
547 bei der Gestaltung der Versorgung vor Ort zu geben. Langfristig sollen die
548 getrennte Landeskrankenhausplanung und die Planung der Kassenärztlichen
549 Vereinigung durch eine gemeinsame Gesundheitsplanung abgelöst werden. Regionale
550 Gesundheitsbudgets sollen dann die aktuellen sektoralen Budgets für
551 Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte ersetzen. In die regionalen Budgets
552 sollen langfristig auch Mittel aus den verschiedenen Sozialgesetzbüchern (SGB V,
553 Gesetzliche Krankenversicherung; SGB VI, Gesetzliche Rentenversicherung mit
554 ihren rehabilitativen Aufgaben; SGB VII, Gesetzliche Unfallversicherung; SGB IX,
555 Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen; SGB XI Pflegeversicherung)
556 einfließen, um auf unbürokratische Weise eine gute Versorgung der Menschen zu
557 verwirklichen. Für eine solche rechtskreisübergreifende Versorgung wollen wir
558 GRÜNE uns bundespolitisch stark machen.

Begründung

erfolgt mündlich