

SG-2 GRÜNE Gesundheitspolitik für Rheinland-Pfalz

Antragsteller*in: Landesvorstand, LAG Soziales & Gesundheit, Armin Grau (KV Rheinpfalz), Katharina Binz (KV Mainz), David Profit (KV Alzey-Worms), Johannes Wiegel (KV Trier), Regina Quapp-Politz (KV Bernkastel-Wittlich), Matthias Rösch (KV Mainz), Ruth Gramlich (KV Mainz-Bingen), Safak Karacam (KV Trier-Saarburg), Felicitas Lehr (KV Pirmasens), Johannes Politz (KV Bernkastel-Wittlich);

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 stellen.

84 Ambulante Versorgung stärken

85 Rheinland-Pfalz verfügt aktuell über eine gute ambulante medizinische
86 Versorgung, diese Versorgung steht jedoch durch einen zunehmenden
87 Ärzt*innenmangel und durch die demographische Entwicklung vor großen
88 Herausforderungen.

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

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

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

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

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

- 126 1. Wir brauchen mehr Medizinstudienplätze im Land! Die Zahl der
127 Medizinstudienplätze wird in der laufenden Wahlperiode um 10 %
128 aufgestockt. Diese Entwicklung weist in die richtige Richtung, aber muss
129 weitergehen und intensiviert werden. Deshalb wollen wir auch über das Jahr
130 2021 hinaus mehr Studienplätze schaffen. Langfristig wollen wir den Aufbau

- 131 einer zweiten Universitätsmedizin in Rheinland-Pfalz in den Blick nehmen.
132 Ein erster Schritt in diese Richtung ist die Regionalisierung des
133 klinischen Studiums. Diese wird jetzt in Trier umgesetzt. Diesen Schritt
134 begrüßen wir, denn eine ärztliche Ausbildung vor Ort erhöht die Chancen,
135 dass die jungen Ärzt*innen in der Region bleiben.
- 136 2. Die Förderprogramme zur hausärztlichen Versorgung müssen weiter ausgebaut
137 und finanziell gestärkt werden sowie auf unterversorgte fachärztliche
138 Bereiche ausgedehnt werden. Die Beratung der Kommunen mit drohendem
139 Ärztemangel muss verbessert werden.
- 140 3. Wir brauchen vermehrt Anreizsysteme, um eine Niederlassung in ländlichen
141 Gebieten und in städtischen Problemgebieten zu fördern.
- 142 4. Gut ausgebildete Medizinische Fachangestellte und Pflegekräfte können die
143 Ärzt*innen im Alltag wirkungsvoll unterstützen und die Versorgung der
144 Patient*Innen verbessern. Zum Beispiel können Versorgungsassistent*innen
145 in der Hausarztpraxis (VeraH) Hausbesuche machen, Aufgaben wie die
146 Wundversorgung übernehmen, mit Pflegestützpunkten zusammenarbeiten und
147 Komplikationen gemeinsam vorbeugen. Wir wollen die Aus- und Weiterbildung
148 dieser Berufsgruppen unterstützen und fördern, um die Attraktivität der
149 Pflegeberufe zu erhöhen und Ärzt*innen zu entlasten.
- 150 5. Wo die Patient*innen weite Wege zu medizinischen Einrichtungen in Kauf
151 nehmen müssen, wollen wir Bürgerbusse, Hol- und Bringdienste (z.B.
152 „Therapietaxis) und mobile ärztliche Praxen mit Sprechstunden vor Ort
153 fördern, um die Versorgung der Menschen aufrecht zu erhalten.
- 154 6. Wir wollen ein Förderprogramm zum barrierefreien Umbau und zur
155 barrierefreien Ausstattung für ärztliche und therapeutischen Praxen.
- 156 7. Telemedizinische Angebote können spezialisierte Angebote auch in
157 abgelegene Regionen bringen, sie sollen den menschlichen Kontakt aber
158 nicht ersetzen. Daher wollen wir telemedizinische Angebote dort
159 unterstützen, wo sie sinnvoll sind und Versorgungsdefizite ausgleichen
160 können.
- 161 8. Niedergelassene Ärzt*innen, Krankenhäuser und Pflegeheime müssen enger
162 zusammenarbeiten. In Regionen mit ärztlicher Unterversorgung müssen auch
163 die Kliniken die ambulante Versorgung mitübernehmen. Dabei dürfen nicht
164 mehr stationäre Aufenthalte das Ergebnis sein, im Gegenteil sollen
165 unnötige Einweisungen, gerade bei älteren Menschen, vermieden werden.
- 166 9. Wir wollen die Beratung für Kommunen verbessern, die Medizinische
167 Versorgungszentren (MVZ) gründen wollen und Modellprojekte fördern.
- 168 10. Wir wollen die Gründung von vertragsärztlichen Praxiskliniken fördern und
169 die bestehenden Hürden abbauen.
- 170 Alle Maßnahmen wollen wir in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden, Kammern und
171 Patientenvertreter*innen weiterentwickeln und umsetzen.
- 172 Stationäre Versorgung

173 Rheinland-Pfalz weist ein vielgliedriges stationäres Versorgungsangebot auf, von
174 der Universitätsmedizin bis zum Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung vor
175 Ort.

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

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

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

196 Wir GRÜNE wollen die Freiräume der Krankenhäuser erhalten. Gleichzeitig sprechen
197 wir uns jedoch für mehr Kooperationen und Spezialisierungen der Krankenhäuser
198 zum Nutzen der Patient*innen aus. Doppelvorhaltungen innerhalb des Nahraums
199 sollen abgebaut und die Zusammenarbeit der Krankenhäuser gefördert werden. Wir
200 wollen, dass die Initiative hierzu stärker als bisher von der Landesregierung
201 ausgeht.

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

211 In den Krankenhäusern gab es in den letzten Jahren einen starken
212 Rationalisierungsdruck, der durch die Betriebskostenfinanzierung (DRG-System)
213 und durch die zu geringe Investitionsfinanzierung durch die Länder zustande kam.
214 Die Krankenhäuser finanzieren Ihre Betriebskosten durch das DRG-System, für
215 Baumaßnahmen und Großgeräte sind hingegen die Länder zuständig. Die zu geringe
216 Investitionsfinanzierung führt dazu, dass Mittel, die in die
217 Patientenfinanzierung fließen sollen, z.B. für Baumaßnahmen verwendet werden.
218 Wir GRÜNE haben für Verbesserungen der Investitionsfinanzierung der
219 Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz gesorgt und wollen diese sukzessive weiter
220 verbessern und für eine ausreichende Ausstattung der Häuser sorgen.

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

225 1. Die Zugänge für Quereinsteiger*innen in die Pflegeberufe wollen wir
226 niedrighschwelliger gestalten.

227 2. Bei ein- und zweijährigen Ausbildungsgängen wollen wir für Durchlässigkeit
228 sorgen, so dass Höherqualifizierungen möglich sind.

229 3. Neue Ausbildungsmodelle wie Teilzeitausbildung und duale Ausbildung sowie
230 eine modulare, gut geförderte Weiterbildung wollen wir ermöglichen.

231 4. Wir unterstützen eine zielgerichtete Akademisierung der Pflegeberufe und
232 schaffen aber durchlässige Wege aus verwandten Berufen, die keine
233 Fachhochschulreife voraussetzen.

234 5. Wir setzen uns ein für eine bessere Vergütung der Pflegeberufe.

235 Mit diesen Maßnahmen wollen wir die Pflegeberufe aufwerten und dem
236 Pflegekräftemangel entgegenwirken.

237 Den Schritt der Bundesregierung, die Pflegekosten aus der DRG-Finanzierung
238 herauszunehmen und zusätzliche Pflegekräfte extra zu finanzieren, begrüßen wir.
239 Hingegen sind die aktuell von der Bundesregierung eingeführten
240 Pflegepersonaluntergrenzen ein unzureichendes Mittel, da sie zu
241 Verlagerungseffekten in den Klinken und zu einer Orientierung am erforderlichen
242 Mindeststandard führen können. Stattdessen fordern wir ein
243 Personalbemessungsinstrument, das es erlaubt, in jeder Klinik genauso viele
244 Pflegekräfte einzusetzen wie es die Patient*innen benötigen. Mittelfristig
245 sollen für alle Berufsgruppen mit Patientenbezug in den Krankenhäusern
246 Personalbemessungsinstrumente eingeführt werden, damit alle Patient*innen genau
247 die erforderliche Unterstützung erhalten.

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

254 Die Qualitätssicherung in den Krankenhäusern wollen wir ausbauen und mehr
255 Landesprojekte anstoßen. Wir setzen uns für eine Ausweitung der
256 Ernährungsberatung in den Krankenhäusern und für eine vorbildliche Ernährung der
257 Patient*innen dort ein.

258 Der Werbung für die freiwillige Organspende wollen wir ein besonderes Augenmerk
259 widmen und die Kliniken in die Lage versetzen, in diesem schwierigen Bereich
260 ihre Aufgaben zu erfüllen. Ebenso wollen wir die Digitalisierung in den Kliniken
261 fördern, insbesondere dort wo dies die Arbeitsabläufe vereinfachen kann. Die
262 Einführung der elektronischen Gesundheitskarte betrachten wir aufgrund der
263 bestehenden Missbrauchsgefahr mit Skepsis und fordern Freiwilligkeit und
264 allerhöchste Sicherheitsstandards.

265 Allen Hilfsorganisationen, die sich im Rettungsdienst, aber auch in anderen
266 Bereichen wie dem Blutspendedienst engagieren, danken wir für die wertvolle
267 geleistete Arbeit. Die Zusammenarbeit mit den Rettungsdiensten wollen wir
268 stärken und verbessern. Insbesondere setzen wir uns dafür ein, dass auch in
269 abgelegenen Gebieten jederzeit ein rascher Transport in die Kliniken möglich
270 ist. Hierfür ist in Rheinland-Pfalz ein nachtflugtauglicher Hubschrauber
271 erforderlich, der jederzeit einsatzfähig ist.

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

275 Rehabilitation

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

279 Bei der Durchführung der Rehabilitation gilt der Grundsatz „ambulant vor
280 stationär“. Aufgrund unserer älter werdenden Bevölkerung besteht ein steigender
281 Bedarf an Rehabilitationsbehandlungen.

282 Trotzdem ging in Rheinland-Pfalz die Zahl der Reha-Kliniken zwischen 2006 und
283 2016 von 66 Einrichtungen auf 53 Einrichtungen zurück (-20%; in Deutschland
284 insgesamt -8%). Bezogen auf die Bevölkerung liegt die Zahl der
285 Rehabilitationsbehandlungen und die Anzahl der zur Verfügung stehenden Reha-
286 Betten in RLP unter dem Bundesdurchschnitt.

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

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

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

295 Zusammenarbeit ambulant – stationär. Sektorenübergreifende Versorgung zum Wohl
296 der Patient*innen

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

303 Auf regionaler Ebene wollen wir Gesundheits- oder Versorgungskonferenzen in
304 öffentlich-rechtlicher Trägerschaft einführen, die von einem oder mehreren
305 Landkreisen und kreisfreien Städten getragen werden. Regionale
306 Gesundheitskonferenzen existieren bereits in anderen Ländern, in Rheinland-Pfalz
307 werden sie selten als Instrument genutzt. Wir wollen sie zum Standard machen. An
308 diesen Konferenzen sollen unter Leitung des Gesundheitsamtes je nach
309 Tagesordnung Vertreter der niedergelassenen Ärzt*innen, Krankenhäuser,

310 Therapeut*innen, Psychotherapeut*innen, Hebammen, Sozialarbeiter*innen und
311 Pflegedienste, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Krankenkassen sowie
312 Patient*innenvertretungen teilnehmen. Die Konferenzen sollen in festen Abständen
313 tagen, Ziele definieren, Versorgungsdefizite in den Regionen identifizieren,
314 Lösungsmöglichkeiten aufzeigen und für eine möglichst gute Zusammenarbeit aller
315 Beteiligten zum Wohl der Patient*innen sorgen. Auch Aspekte der Prävention
316 sollen behandelt werden. Sie sollen sich auch um die Optimierung der Versorgung
317 spezieller Patientengruppen, wie Wohnsitzlose, Menschen mit Behinderungen oder
318 Demenzkranke kümmern. Der öffentliche Gesundheitsdienst wird für diese Aufgabe
319 ausgebaut, private Managementgesellschaften bevorzugen wir nicht.

320 Auf Landesebene soll eine Landesgesundheitskonferenz koordinierende Aufgaben
321 übernehmen. Best practice Beispiele der Kreise und Regionen können dort
322 vorgestellt werden und im Land Verbreitung finden. Überregionale
323 Versorgungsaspekte und die Zusammenarbeit der Kreise und Regionen sollen dort
324 besprochen werden.

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

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

334 Mittel- und langfristig können Gesundheitsregionen aus Landkreisen und
335 kreisfreien Städten regionale Budgets aus der Krankenversicherung zur Verfügung
336 gestellt bekommen, die sowohl der stationären als auch der ambulanten Versorgung
337 dienen sollen. Die Budgets dürfen sich dabei nicht nur an der Einwohnerzahl
338 orientieren, sondern auch an den Krankheitshäufigkeiten und sozialen Bedingungen
339 vor Ort.

340 Geburtshilfe stärken – Politik für die Familien

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

347 In Rheinland-Pfalz stieg die Zahl der Hebammen zwischen 2005 und 2017 um rund
348 ein Drittel, dennoch besteht eine Fachkräftelücke. Wir setzen uns ein für einen
349 Ausbau der Hebammenausbildung im Ausbildungsstättenplan. Außerdem treten wir ein
350 für eine bessere Personalbemessung in den Kreißsälen, um die Arbeitsbedingungen
351 zu verbessern und für die Absicherung der freiberuflichen Hebammen. Die Arbeit
352 der Hebammen muss aufgewertet und besser bezahlt werden. Die Einrichtung von
353 Hebammenzentralen wollen wir flächendeckend fördern. Wir unterstützen auch
354 andere regionale Versorgungsmodelle zur regionalen Versorgung mit Hebammen- und
355 Geburtshilfeleistungen. Wir wollen die wertvolle Arbeit der Hebammen politisch
356 langfristig absichern.

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

364 Die Zahl der Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, ist in
365 Deutschland und in Rheinland-Pfalz deutlich zurückgegangen und zwar stärker als
366 die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche selbst. Wir wollen die Versorgungslage für
367 Frauen in Rheinland-Pfalz verbessern, die ungewollt schwanger werden und einen
368 Schwangerschaftsabbruch vornehmen wollen. Dazu streben wir eine Zusammenarbeit
369 mit der Landesärztekammer, den Fachverbänden und der Kassenärztlichen
370 Vereinigung an.

371 Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen verbessern

372 Vor 44 Jahren hat die Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestags wegweisende
373 Impulse für die Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen
374 erbracht.

375 Die heutige Realität dieses Versorgungsbereichs bedarf unserer politischen
376 Aufmerksamkeit: Psychische Erkrankungen nehmen zu. Das Versorgungssystem ist
377 stark differenziert und weder von Erkrankten, ihren Angehörigen noch von im
378 Gesundheitssystem Tätigen noch zu überblicken. Lange Wartezeiten auf einen
379 Therapieplatz, eine unzureichende Verzahnung der ambulanten und stationären
380 Versorgung, Angst der Betroffenen vor Stigmatisierung: in der Versorgung von
381 Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt es einiges zu tun. Aktuelle Zahlen
382 der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung zeigen ein
383 ernüchterndes Bild: die Hälfte aller Fälle im laufenden Jahr entfiel auf
384 Menschen, die psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe benötigten.

385 Wir Grüne setzen uns für Versorgungsstrukturen ein, in denen psychisch erkrankte
386 Menschen schneller psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung bekommen.
387 Daher begrüßen wir die jüngst vorgenommene Anpassung der
388 Bedarfsplanungsrichtlinie und die dadurch neu geschaffenen Kassensitze.

389 Unsere Gesundheitspolitik wird alle von den gesetzliche Krankenversicherungen
390 finanzierten Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen
391 regional vernetzten und so eine für Patient*innen gute, passgenaue und
392 leitliniengerechte Behandlung ermöglichen. Wir wollen, dass beim Pfalzkrankenhaus
393 und beim Landesklinikum mit ihren breiten, sektorenübergreifenden Angeboten, von
394 den Krankenversicherungen die Finanzierung auf ein auskömmliches Globalbudget
395 umgestellt wird.

396 Die Beteiligung von Erkrankten und ihren Angehörigen sowie der organisierten
397 Selbsthilfe in Entscheidungen und in der Gremienarbeit sowie die Förderung von
398 Autonomie und sozialer Teilhabe sind für unsere Politik selbstverständlich. Wir
399 wollen eine gute Zusammenarbeit der Versorgungsangebote mit
400 Integrationsbetrieben und anderen Arbeitgeber*innen und ggf. Betreuer*innen,
401 Betreuungs- und Sozialgerichten, um die passgenaue Teilhabe am Arbeitsleben und
402 der Gesellschaft zu ermöglichen.

403 Im Bereich der Gesundheitsprävention wollen wir verstärkt die Prävention
404 psychischer Erkrankungen fördern. Der Stigmatisierung von Betroffenen wollen wir
405 mit Informationskampagnen entgegenwirken.

406 Heilmittel

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

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

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

422 Eine bessere Koordination zwischen Pflegekräften, Therapeut*innen und Ärzt*innen
423 unter Einbeziehung der Patient*innen und ihrer Angehörigen ist dringend
424 erforderlich.

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

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

433 Bei der Ermöglichung von Teilhabe sind Heilmittelerbringer wichtige Akteure. Mit
434 ihren spezifischen Aktivitäten verbessern sie die Lebensqualität der Betroffenen
435 und erweitern sie die Handlungsfähigkeiten im Alltag, Die Handlungsfelder der
436 Heilmittelerbringer sind weiter zu entwickeln, da sie im Rahmen eines
437 Inklusionsprozesses unabdingbar sind.

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

439 Präventionsmaßnahmen dürfen nicht einfach mit der Gießkanne verteilt werden, sie
440 müssen schwerpunktmäßig dort ansetzen, wo die Menschen besonderen Risiken
441 ausgesetzt sind.

442 Nirgendwo in Deutschland leben Menschen so kurz wie in Pirmasens in der West-
443 Pfalz. Die Lebenserwartung beträgt dort bei Männern rund 73 Jahre und bei Frauen
444 77 Jahre und damit rund 8 Jahre weniger als in begünstigten deutschen Regionen
445 wie am Starnberger See. Die Rate an vielen chronischen Erkrankungen, z.B. Herz-
446 Kreislauf- oder Atemwegserkrankungen ist hier besonders hoch. Gleichzeitig sind
447 in Pirmasens besonders viele Menschen arbeitslos oder beziehen Grundsicherung.

448 Gesundheitspolitik kann nicht die sozialen Benachteiligungen ausgleichen oder
449 wirtschafts- oder arbeitspolitische Maßnahmen ersetzen wie sie für die Westpfalz
450 zum Teil bereits eingeleitet wurden. Sie kann aber den Menschen ein Angebot
451 machen, das auf ihre speziellen Bedarfe zugeschnitten ist und gesundheitlichen
452 Nachteilen entgegenwirken.

453 Daher fordern wir als Modellvorhaben ein langfristig angelegtes
454 Gesundheitsprojekt in Pirmasens. Eingehend müssen zunächst die gesundheitliche
455 Situation und Versorgung in den Stadtteilen und Quartieren wissenschaftlich
456 untersucht werden und darauf aufbauend zielgenau Maßnahmen entwickelt werden.
457 Dies soll mit und nicht für die Bürger*innen oder über ihre Köpfe hinweg
458 erfolgen. Stadt und Land, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen,
459 Therapeut*innen, Pflegekräfte, Wohlfahrtsverbände, Sportvereine,
460 Selbsthilfegruppen und andere sollen in dem Projekt zusammenarbeiten. Hier ist
461 es besonders wichtig, die vorhandenen Netzwerke einzubeziehen bzw. zu nutzen
462 (Pakt für Pirmasens, Demokratie leben, Lern- und Spielstuben u.A.).
463 Niederschwellige medizinische Angebote, Schulungen und Beratungen und auch
464 Bildungsprojekte können Teil des Vorhabens sein. Die Erkenntnisse sollen für
465 andere Regionen nutzbar gemacht werden.

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

475 In einem Landesgesundheitsbericht und einer Landesgesundheitskonferenz sollen
476 jährlich besondere Entwicklungen in der Gesundheit und in der medizinischen
477 Versorgung in unserem Land und seinen Kreisen und Städten besprochen werden und
478 geeignete Maßnahmen abgeleitet werden. Es bedarf der landesweiten
479 Aufmerksamkeit, wenn einzelne Regionen oder gesellschaftliche Gruppen in unserem
480 Land gesundheitlich abgehängt werden oder wenn die Versorgung in Rheinland-Pfalz
481 anderen Bundesländern hinterherhinkt.

482 Prävention erhöht die Lebensqualität für Menschen aller Altersgruppen und sie
483 senkt Kosten und vermeidet zusätzliche Bedarfe. Vorbeugung steht daher immer vor
484 Therapie.

485 Für ein neues Landes-Gesundheitsgesetz

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

491 Ziel unserer Politik ist es, dem Land, den Kreisen und Kommunen mehr Kompetenz
492 bei der Gestaltung der Versorgung vor Ort zu geben. Langfristig sollen die
493 getrennte Landeskrankenhausplanung und die Planung der Kassenärztlichen
494 Vereinigung durch eine gemeinsame Gesundheitsplanung abgelöst werden. Regionale

495 Gesundheitsbudgets sollen dann die aktuellen sektoralen Budgets für
496 Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte ersetzen. In die regionalen Budgets
497 sollen langfristig auch Mittel aus den verschiedenen Sozialgesetzbüchern (SGB V,
498 Gesetzliche Krankenversicherung; SGB VI, Gesetzliche Rentenversicherung mit
499 ihren rehabilitativen Aufgaben; SGB VII, Gesetzliche Unfallversicherung; SGB IX,
500 Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen; SGB XI Pflegeversicherung)
501 einfließen, um auf unbürokratische Weise eine gute Versorgung der Menschen zu
502 verwirklichen. Für eine solche rechtskreisübergreifende Versorgung wollen wir
503 GRÜNE uns bundespolitisch stark machen.

Begründung

erfolgt mündlich