

Aktuelle Fragen der Gesundheits- und Pflegepolitik in Baden-Württemberg

Sehr geehrter Herr Reumann,

sehr geehrter Herr Einwag,

ganz herzlichen Dank für die Einladung, heute bei Ihrem
Herbstempfang zu Ihnen zu sprechen.

Gesundheit, Gesundheitspolitik insgesamt und die
besonderen Fragen der Versorgungsstrukturen sowohl
ambulant als auch stationär sind ständiges Thema, in
persönlichen Gesprächen, in den Medien, in politischen
Debatten.

Gesundheitserhaltung und die Versorgung im Krankheitsfall
geht alle an. Entsprechend aufmerksam werden
Äußerungen zur Situation der Versorgungsstrukturen
wahrgenommen.

Der Trend ist seit Jahren bekannt und wird immer wieder
aktuell bestätigt: in Baden-Württemberg schreiben fast 50%
aller Kliniken rote Zahlen, ReHa Einrichtungen arbeiten

defizitär, die ambulante Grundversorgung vor allem im ländlichen Raum ist gefährdet.

Das sind in der Tat alarmierende Nachrichten.

Die Aufregung über die Ankündigung des Bundes, den Versorgungsausgleich zum Ende 2014 in der jetzigen pauschalen Form durch eine Orientierung an den Mehrleistungen in der Höhe zu ersetzen, das Hin und Her, das letztendliche Einlenken, das alles sind erst mal Reflexe, die verständlich sind, vor allem aus Ihrer Sicht als Träger. Letztlich ist es aber ein Herumdoktern im System, in der Konsequenz ein Aktionismus, der lindert, aber nicht heilt.

Dabei wird einmal mehr deutlich, dass es eben nicht ausreicht, immer mehr Geld in das bestehende System zu geben, die strukturellen Probleme liegen viel tiefer, müssen genau analysiert werden, um letztlich gelöst zu werden. Es wird höchste Zeit, dass wir uns das Versorgungssystem insgesamt anschauen:

Wie müssen diese grundlegenden Strukturprobleme gelöst werden? Wie sieht die Versorgung der Zukunft aus? Was muss der Bund, was das Land, was auch die

Selbstverwaltung und die Träger leisten, um sich den aktuellen und den zukünftigen Herausforderungen zu stellen?

Und die sind gewaltig: Die medizinische Versorgung ist mittlerweile eine sehr komplexe. Zunehmend kommen PatientInnen in Krankenhäuser, die multimorbide Krankheitsbilder haben, immer mehr sind älter und leiden zusätzlich an Demenz. Das sind völlig andere Herausforderungen an die Pflege in den Krankenhäusern, die Sie als Träger bewältigen und die sich auch in der Betriebskostenfinanzierung abbilden müssen.

Das sind einige wenige Beispiele, die belegen, dass sich etwas verändern muss.

Die Einrichtung der Bund-Länderfinanzkommission zur Krankenhausfinanzierung ist eine Konsequenz, die wir im Land sehr begrüßen. Es ist Zeit, die Zusammensetzung der vor 10 Jahren eingeführten DRGs auf den Prüfstand zu stellen, und neu zu justieren. Es gibt in der aktuellen Zusammensetzung zu viele Fehlentwicklungen.

Ich nenne nur die Reduzierung des Pflegepersonals als dem kostenintensivsten Bereich des Krankenhausbetriebes in der Konsequenz der Umsetzung der DRGs. Die Kampagne im letzten Jahr: „Die Pflege liegt am Boden“ war ein Ausdruck der unhaltbaren Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern, gekoppelt mit zu geringer Bezahlung. Die Pflegekräfte sind nicht nur chronisch überlastet, sie sind auch zunehmend unzufrieden, weil sie ihren Beruf nicht annähernd so ausfüllen können, wie sie es sich vorstellen. Der Mangel an Pflegekräften ist als Folge mittlerweile existenzbedrohend für einzelne Häuser.

Darum müssen Die Fallpauschalen in ihrer Zusammensetzung neugewichtet werden. Ich plädiere für eine zusätzliche Säule der Pauschalen, die Qualitäts-, Versorgungs-, und Personalkriterien enthält: Es muss eine Mindestpersonalbemessung in Krankenhäusern geben, die sich am Leistungsangebot orientiert. Qualität drückt sich z.B. in einem effektiv arbeitenden Entlassungsmanagement aus, das für die Anschlussbehandlung, ambulant oder stationär z.B. in ReHa-Einrichtungen verantwortlich zeichnet.

Behandlungskonzepte müssen aufeinander abgestimmt sein. Die Anschlussbehandlung in der ReHa-Einrichtung, der Vorrang von ReHa vor Pflege, wird nur umgesetzt, wenn wir an der Finanzierung etwas ändern. Ich unterstütze die Forderung der BWKG nach einer Kostenerstattungsregelung zwischen Kranken- und Pflegekassen nachdrücklich.

Die wohnortnahe Krankenhausversorgung muss definiert und mit einem eigenen Sicherstellungszuschlag ausgestattet werden.

Das Pendant zur wohnortnahen Grundversorgung sind die Schwerpunktkliniken und die Maximalversorger in den Zentren. Auch hier muss definiert werden, welche Leistungen diese umfassen sollen. Brauchen wir an allen Zentren alles?

Das sind einige konkrete Vorschläge, die wir in diese Arbeitsgruppe mit hineinbringen. Die Liste ist nicht vollständig und wir sind in der Diskussion.

Bundespolitik trifft Landespolitik, wenn es um die Ausgestaltung, wenn es um die Strukturen geht. Ich habe

gestern die Stellungnahme der Ersatzkassen des Bundesverbands gelesen, die bundeseinheitliche Qualitäts- und Erreichbarkeitsstandards fordern, verbunden mit Sanktionen für Krankenhäuser, die schlechte Qualität abliefern. Vor solchen Vorschlägen warne ich. Ich halte nichts von bundeseinheitlichen Standards z.B. in der Erreichbarkeit. Schauen Sie sich unser Bundesland an. Wir sind weitgehend ländlich geprägt und dennoch ist die Erreichbarkeit z.B. am Oberrhein deutlich leichter als z.B. im Hochschwarzwald. Und dann noch im Winter. Ebenso verhält es sich mit bundeseinheitlichen Qualitätsstandards. Wie sollen diese festgelegt werden und was umfassen sie. Besonders problematisch finde ich den Vorschlag, Abschlüsse für Krankenhäuser zu machen, die diesen Kriterien nicht genügen. Ich plädiere nachdrücklich für ein Anreiz- statt eines Sanktionssystems. Es sind niemals nur einzelne Gründe, die für Defizite in der Betriebsführung oder mangelnde Qualität sprechen.

Das sind die bundespolitischen Duftmarken.

Jetzt möchte ich vor allem über die landespolitischen Gestaltungsmöglichkeiten sprechen. Wir sind in der

Verantwortung, als Land die stationäre Versorgung sicherzustellen. Und wir nehmen sie wahr: In den letzten Jahren wurden die Investitionsmittel schrittweise erhöht, in diesem Jahr sind es 410 Mio € insgesamt. Wir haben die Förderung mit neuen Förderkriterien versehen, um erste strukturpolitische Steuerungen umzusetzen. Dabei geht es z.B. um die wohnortnahe Grundversorgung und um eine stärkere Vernetzung von ambulant und stationären Versorgungsstrukturen. Die Verantwortung des Landes für eine qualitativ gute Versorgung der Bevölkerung ist für die grün-rote Landesregierung deutlich mehr als die finanzielle Förderung :

- ∅ Alle GesundheitspolitikerInnen reden seit Jahren von der Überwindung der Sektorengrenzen in der Versorgung. Wir wollen diese Entwicklung mit neuen Versorgungskonzepten befeuern und sind überzeugt, Sie dabei alle mit im Boot zu haben.
- ∅ Wir wollen eine Versorgungsstrukturplanung für die Zukunft mit allen beteiligten AkteurInnen entwickeln.

Dazu gehören Sie als Träger nicht nur von Krankenhäusern, sondern auch von ReHa- und Pflegeeinrichtungen an erster Stelle. Diese wird sich sektorenübergreifend und interdisziplinär denkend an den Realitäten der demografischen Entwicklung in Baden-Württemberg ausrichten.

- ∅ Wir brauchen zukünftig Konzepte, die sich am Patienten/ an der Patientin und deren Bedarf sowie Verhalten orientieren. Wir müssen uns anschauen welche Menschen mit welchem Versorgungsbedarf wo versorgt werden müssen. Uns bringt es nichts eine Klinik im ländlichen Raum zu haben, in die sich keiner zur Behandlung begibt – ebenso wenig nützen uns Spezialangebote im Ballungsgebiet, wenn sie für den kranken Menschen nicht rechtzeitig zu erreichen sind.
- ∅ Zentral ist, dass diese bedarfsgerechten Konzepte zukünftig regional (d.h. landkreisübergreifend) gedacht werden, und dass diese Konzepte mit den AkteurlInnen gemeinsam und nicht „top-down“ entwickelt werden.

- ∅ Krankenhäuser als stationäre Einrichtungen werden in Zukunft die zentrale Säule eines Versorgungsnetzes sein, an das sich sowohl ambulante haus- und fachärztliche Praxen und auch nichtmedizinische Versorgungsangebote andocken. Ich denke dabei u.a. an Sozialstationen als Spezialisten der häuslichen Krankenpflege und Nachsorge oder die ambulante Geburtshilfe.

- ∅ Zu einem interdisziplinären Versorgungsmix gehören allerdings mittelfristig auch veränderte Berufsausbildungen. Wir wollen im nächsten Jahr die Empfehlungen des Wissenschaftsrates umsetzen und Studienplätze für die Pflege und die Physiotherapie einrichten, die beispielhaft zunächst einmal ca. 20% der benötigten Plätze darstellen. Diese Primärstudiengänge sollen an medizinische Fakultäten andockt sein, um gemeinsame Studienelemente zu ermöglichen. Der Hintergedanke des Wissenschaftsrates, den ich sehr schlüssig finde ist der: wenn die unterschiedlichen Professionen sich bereits in ihrer Ausbildung kennenlernen, wissen sie um die jeweiligen Kenntnisse

und beziehen sich anschließend selbstverständlich aufeinander.

- ∅ Ziel einer anteiligen Akademisierung von Pflege u.a. ist auch die Voraussetzung für die Bildung interdisziplinärer Versorgungsteams als Antwort auf die ambulante medizinische Versorgung in der Fläche .

Sie sehen, wir nehmen die Verantwortung hier im Land sehr ernst, wir wollen uns mit Ihnen als verantwortlichen Trägern von Krankenhäusern, ReHa- und Pflegeeinrichtungen auf den Weg machen, neue Versorgungskonzepte zu entwickeln und umzusetzen.

Darum bin ich sehr froh, dass Ministerpräsident Kretschmann in seiner Rede vor dem Landkreistag angekündigt hat – und ich wiederhole das in diesem Rahmen sehr gerne –, dass wir Finanzmittel im künftigen Doppelhaushalt bereitstellen, um ein Modellprojekt auf den Weg zu bringen, dass in einer Region für eine Region beispielhaft eine Versorgungsplanung entwickelt, die all diese eben genannten Kriterien umfasst.

Das beinhaltet u.a.

1. Modellhafte Aufbereitung von Daten zu Versorgungsbedarfen und existierenden Versorgungsstrukturen und deren Inanspruchnahme (d.h. wie laufen die Patientenströme real) in einer Versorgungsregion,
2. Perspektivische Berechnung der Datengrundlage zu Versorgungsbedarfen,
3. Modellhafte Entwicklung eines sektorenübergreifenden Versorgungskonzeptes für diese Region gemeinsam mit allen Partnern (Landräte, Krankenhausträger, KV, idealerweise auch Vertreter der Gesundheitsfachberufe für das Thema anschließende Pflege, etc.) -> Vorbild Regionale Schulentwicklung,
4. Wissenschaftliche Begleitung dieses Prozesses,
5. Ableitung von sinnvollen Parametern für eine zukünftig integrierte Gesundheitsstrukturplanung, die auf andere Regionen übertragbar wären,

Dieses Modell werden wir Anfang des nächsten Jahres auf die Schiene setzen.

ich freue mich jetzt, mit Ihnen ins Gespräch zu kommen.