



# Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN



## 1. Landesgesundheitsdialog Bürgerforum am 29. September 2012 im Haus der Wirtschaft, Stuttgart

### A. Fragen aus dem Bürgerforum und Antworten

#### **Inhaltliche Ausrichtung der Gesundheitsversorgung, Wahrnehmung der Betroffenen (Patienten, Behinderte und Ärzte)**

**Warum wenden wir uns in der Versorgung nicht eher der Salutogenese anstatt der Pathogenese zu?**

Antwort:

Salutogenese als Wissenschaft von der Entstehung von Gesundheit und Pathogenese als Wissenschaft von der Entstehung von Krankheit ergänzen sich. Der pathogenetische Ansatz blickt auf die Krankheit, ihre Ursachen und die Gefahren, die es zu vermeiden oder zu bekämpfen gilt.

Dagegen nimmt der salutogenetische Ansatz attraktive Gesundheitsziele in den Blick, die zu erreichen erstrebenswert erscheinen und wozu möglichst viele Ressourcen erschlossen werden sollen. Für Kinder sind dies beispielsweise Gruppenspiele mit Freude an der Bewegung oder wertschätzende Kommunikation. Eine gesunde Entwicklung des Menschen wird durch ein gutes Zusammenspiel dieser beiden Ansätze ermöglicht.

Deshalb verfolgen wir mit der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg – Gesundheit in allen Lebensbereichen – beide Ansätze. Dabei steht im Bereich der medizinischen Versorgung der Kranken naturgemäß der pathogenetische Ansatz überwiegend im Vordergrund.

Wir möchten aber auch den salutogenetischen Ansatz gerade im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung durch die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten weiter stärken. Dies geschieht beispielsweise im Rahmen der Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“, die das Ziel einer gesundheitsförderlichen Kommune verfolgt. Wir sehen darin auch einen wichtigen Beitrag zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit der Menschen in Baden-Württemberg.

**Wie kann ein übergeordneter Blick auf die Politik erreicht werden im Verhältnis zwischen Leistungsempfängern und Leistungsgebern? (Druck der Verwaltungsarbeit und der Arbeit an Betroffenen für Ärzte wird als Spannungsfeld wahrgenommen.)**

Antwort:

Ein häufig an der ambulanten ärztlichen Versorgung (aber auch z.B. im Bereich stationärer Leistungserbringung) bemängelter Aspekt ist der von den Ärzten neben der reinen ärztlichen Leistung zu erbringende Verwaltungsaufwand. Dabei wird häufig

verkannt, dass insbesondere die Dokumentationspflichten zumeist der Qualitätssicherung der Leistungserbringung dienen. Grundsätzlich ist im Interesse der Transparenz und der Patientensicherheit ein gewisses Maß an Dokumentation deshalb nicht vermeidbar. Wichtig ist es jedoch ein Ausufern in diesem Bereich zu verhindern und einzelne Vorgänge kritisch zu hinterfragen. So hat sich zum Beispiel die Landesregierung dafür eingesetzt, die Praxisgebühr – auch vor dem Hintergrund des großen verwaltungstechnischen Aufwandes in den Praxen – abzuschaffen.

**Wie können bessere Voraussetzungen geschaffen werden, sodass Betroffene ihre Mündigkeit besser wahrnehmen können? Wie können mehr Transparenz und bessere Information der Patienten erreicht werden? (Wichtig: ganzheitliche Wahrnehmung des Patienten)**

Antwort:

Für Patienten ist zunächst das direkte Gespräch mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin wichtig. Eine ganzheitliche Wahrnehmung des Patienten ist dabei kein Ausdruck dessen Mündigkeit, sondern ein Zeichen guter ärztlicher Versorgung in dem Wissen, dass jede gesundheitliche Störung Wechselwirkungen innerhalb des Gesamtorganismus bzw. der Persönlichkeit auslösen kann.

Darüber hinaus gibt es eine Vielfalt von Beratungs- und Informationsangeboten verschiedener Institutionen. Zu nennen sind u. a. Beschwerdestellen und Patientenförsprecher in den Krankenhäusern, Angebote der Verbraucherzentralen, Selbsthilfegruppen oder unabhängige Patientenberatungsstellen, Gutachter- bzw. Schlichtungsstellen bei der Landesärzte-, Landeszahnärzte- und Landespsychotherapeutenkammer sowie Unterstützungsangebote der Kranken- und Pflegekassen oder der Pflegestützpunkte.

Im Zuge der Gesundheitsreformen wurde zudem die Beteiligung von Patientenvertretern in den Institutionen wie dem gemeinsamen Bundesausschuss fest verankert. Bei der Bundesregierung wurde die Stelle eines Patientenbeauftragten eingerichtet.

Das geplante Patientenrechtegesetz ist ein weiterer Schritt zu verbesserter Transparenz und Information. Schließlich tragen zunehmend auch Informationen aus dem Internet zum „Patienten-Empowerment“ bei.

**Wie kann eine terminologische Veränderung und auch eine Wahrnehmungsveränderung erwirkt werden? (Anstelle der Bezeichnung "Patient" lieber "Betroffener" verwenden!)**

Antwort:

Der etablierte Begriff „Patient“ bezeichnet – ähnlich wie die Begriffe „Klient“ oder „Mandant“ – die besondere Rolle eines Menschen, der von einem Arzt Unterstützung bei gesundheitlichen Problemen erwartet bzw. erhofft. Eine reine Änderung von Bezeichnungen wie „Betroffener“, „Kunde“, „Versicherter“ etc. bringt für die Situation von Patienten keinerlei Verbesserungen.

**Wie können Patienten besser in den Prozess der Behandlung integriert werden?**

Antwort:

Indem sie sich zunächst selbst für ihre Gesundheit verantwortlich sehen und in dem Bewusstsein, sich selbst am besten zu kennen, einer medizinischen Maßnahme erst dann zustimmen, wenn sie von deren Nutzen überzeugt sind.

**Wie kann man den Arzt-Patienten-Dialog verbessern? Häufig verstehen Patienten die vielen fachspezifischen Begriffe und Zusammenhänge nicht, vor allem dann, wenn sie in emotionalen Stress-Situationen sind.**

Antwort:

Von Seiten des Patienten durch Nachfragen, von Seiten des Arztes durch patientenadäquate Formulierungen, denn eine Kommunikation, die den Adressaten nicht erreicht, ist sinnlos.

**Wie können Selbsthilfegruppen besser und mehr qualifiziert werden?**

Antwort:

Das Charakteristikum der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe ist ihre Betroffenenkompetenz. Vor allem durch gegenseitige Hilfe und Unterstützung in Gruppen schafft sie Akzeptanz bei betroffenen Menschen und ihren Angehörigen und ermöglicht niedrigschwellige Hilfestrukturen. Der Erfolg der Selbsthilfegruppen beruht vor allem auf Eigeninitiative und Eigenverantwortung ihrer Mitglieder. Die Leistungen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe basieren im Wesentlichen auf freiwilligem Engagement und Ehrenamtlichkeit. Zur Qualifizierung der Selbsthilfegruppen trägt bei, dass klare Strukturen innerhalb der Zusammenschlüsse der Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfe-Kontaktstellen einen professionellen Auftritt gegenüber den Partnern in der Gesundheitsversorgung, Politik und Verwaltung unterstützen. Selbsthilfe-Kontaktstellen sollten noch stärker ein gemeinsames Profil entwickeln, das sie als kompetente Akteure im gesundheitspolitischen Handeln ausweist.

Ferner wäre es notwendig, damit das Patchwork an gelungenen Kooperationen und Vernetzungen flächendeckend zusammenwächst, auf breiter Ebene und simultan die Chancen für eine Zusammenarbeit aufzugreifen. Ansatzpunkte gibt es im Rahmen des SGB V zum Disease-Management, zum Qualitätsmanagement, zur Umsetzung der Beteiligungsrechte für Behinderte im SGB IX bzw. durch die seit Januar 2004 im Sozialgesetzbuch geschaffenen Beteiligungsrechte (§140 SGB V) der Selbsthilfe im Gesundheitswesen und zu relevanten Forschungsthemen.

In diesem Kontext steht die von der Landesregierung in der Koalitionsvereinbarung verankerte stärkere Bürgerbeteiligung und die Einrichtung eines strukturierten Gesundheitsdialogs („Gesundheitsdialog Baden-Württemberg“), der dazu beitragen soll, das baden-württembergische Gesundheitswesen umzubauen und zukunftsfähig zu machen.

**Finanzierung des Gesundheitssystems**

**Warum ist die Deckelung im Gesundheitssystem notwendig?**

Antwort:

Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden größtenteils über Beiträge der Versicherten und nur zu einem geringeren Teil über einen Steuerzuschuss des Bundes finanziert. Die Gesamtausgaben der GKV steigen seit Jahren stetig an. Während z.B. im Jahr 2000 die Gesamtausgaben der GKV noch bei ca. 130 Mrd. Euro lagen, belaufen sie sich heute bereits auf rund 190 Mrd. Euro. Zurückzuführen ist dies einerseits auf die zunehmende Alterung der Bevölkerung, die mit einem Anstieg der Krankheitslast einhergeht, und andererseits den enormen medizinischen

Fortschritt. Gleichzeitig führt der Geburtenrückgang in Deutschland dazu, dass die zu einem Großteil aus Arbeitseinkommen finanzierten Beiträge zur GKV von immer weniger Arbeitnehmern finanziert werden müssen. Man spricht insoweit von einer Erosion der Finanzierungsbasis der GKV. Um zu gewährleisten, dass einerseits die finanzielle Belastung für die Beitragszahler in der GKV nicht überproportional ansteigt und andererseits das Leistungsniveau der GKV stabil gehalten werden kann, muss die Ausgabenentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung daher durch geeignete Maßnahmen nach Möglichkeit in moderate Bahnen gelenkt werden. Die Steuerung der Gesundheitsausgaben darf nicht mit einer Deckelung der Gesundheitsausgaben im Sinne einer strengen Budgetierung verwechselt werden. Eine solche kennt das deutsche Gesundheitssystem nicht: dies belegen die jährlich steigenden Ausgaben.

**Warum dürfen Krankenkassen das ihnen gegebene Geld der Versicherten nach ihren Vorstellungen verteilen oder einbehalten? Die Vorstände der Kassen sind Maximalverdiener.**

Antwort:

Die Krankenkassen erhalten zur Erfüllung ihrer Aufgaben Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Mit diesen Zuweisungen können die Krankenkassen keineswegs nach eigenen Vorstellungen verfahren. Mit Ausnahme sog. Satzungsleistungen, die die Krankenkassen freiwillig anbieten können, werden die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen zu über 90 Prozent inhaltlich durch den vom Gesetzgeber festgelegten Leistungskatalog – den sog. Pflichtleistungen – einerseits und andererseits durch staatliche Preisvorgaben – z.B. für ärztliche Leistungen oder Krankenhausbehandlungen – bestimmt. Insoweit verfügen die Krankenkassen über keinerlei Spielraum, welche Leistungen sie zu welchen Preisen finanzieren. Dementsprechend können die Krankenkassen auch nicht nach eigenen Vorstellungen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds einbehalten. Überschüsse, die bei den Krankenkassen verbleiben, können nach der Zuweisungssystematik des Gesundheitsfonds allein dann entstehen, wenn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds über den Ausgaben der Krankenkasse liegen.

**Warum streicht man nicht endlich die Regresskeule für die Verordner im Gesundheitswesen?**

Antwort:

Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung werden größtenteils über Beiträge der Versicherten und zu einem geringeren Teil über einen Steuerzuschuss des Bundes finanziert. Um zu gewährleisten, dass die Beitragsbelastung für die Versicherten sich in einem verträglichen Rahmen bewegt, muss die Ausgabenentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung durch geeignete Maßnahmen nach Möglichkeit möglichst moderat gehalten werden. Daher sind auch für den Bereich der Arzneimittelausgaben, als einem der größten Ausgabenblöcke mit hohen jährlichen Ausgabenzuwächsen, Steuerungsinstrumente notwendig, mit denen die Ausgabenentwicklung in wirtschaftlich vernünftige Bahnen gelenkt werden kann. Hierzu gehören die Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Arzneimittelbereich. Über die Regresse kann unwirtschaftliches Ordnungsverhalten der Ärzte sanktioniert werden. Dies ist notwendig, um angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen eine unwirtschaftliche Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel zu vermeiden.

Allgemein wird die Regressgefahr für Ärztinnen und Ärzte regelmäßig überschätzt: die Regressquote in Baden-Württemberg liegt bei unter 2 Prozent. Mit anderen Worten: über 98 Prozent der Vertragsärzte in Baden-Württemberg üben ihre Profession frei

von Regressen aus und sorgen mit ihrem wirtschaftlichen Ordnungsverhalten für einen effizienten Einsatz der in der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehenden Finanzmittel.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber die Regressgefahr für Ärztinnen und Ärzte weiter immens entschärft. Nunmehr gilt der Grundsatz „Beratung vor Regress“. Ein Regress kann danach nur noch festgesetzt werden, wenn zuvor eine individuelle Beratung erfolgt ist, in der die Ärztin oder der Arzt auf etwaige Unwirtschaftlichkeiten in seinem Ordnungsverhalten hingewiesen wurde, und nach der das Ordnungsverhalten entsprechend angepasst werden kann.

**Warum wird immer mehr am Personalschlüssel in den Einrichtungen (Krankenhäusern) gespart?**

Antwort:

In den baden-württembergischen Krankenhäusern hat in den letzten 10 Jahren die Zahl der ärztlichen Vollkräfte deutlich zugenommen, die Zahl der nichtärztlichen Vollkräfte hat nach zwischenzeitlicher Abnahme im Jahr 2011 wieder den Wert von 2001 erreicht. Durch eine ungenügende Betriebskostenfinanzierung der Kliniken besteht allerdings die Gefahr des Personalabbaus. Die Landesregierung setzt sich weiter auf Bundesebene für eine Verbesserung der Betriebskostenfinanzierung der Kliniken ein.

**Gibt es eine Alternative zu DRGs bei der bisherigen Finanzierung von Krankenhausbetten/Krankenhausbehandlungen aber auch für niedergelassene Ärzte? (Zielauftrag?)**

Antwort:

Mögliche Alternativen sind beispielsweise die (bis 2002 in den somatischen Fachbereichen praktizierte) Vergütung nach Tagessätzen, die geplante Finanzierung mit Tagespauschalen in den Psychiatrischen Fachgebieten oder die Finanzierung mittels „Kopfpauschalen“, die im Rahmen der Integrierten Versorgung oder von Modellprojekten erprobt werden.

**Welche Stellung nimmt das Ministerium dazu ein, dass die kommunalen Krankenhäuser immer mehr von privaten Gesellschaften übernommen werden?**

Antwort:

Nach § 1 Abs. 2 KHG (Krankenhausgesetz) ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Auf Landesebene ist die Chancengleichheit für alle Arten von Krankenhausträgern sicher zu stellen. Dies bedeutet gleiche Möglichkeiten des Marktzutritts und der eigenverantwortlichen Betriebsführung. Die Landesregierung setzt sich dafür ein, dass die Trägerpluralität in Baden-Württemberg erhalten bleibt. Der Trend zu einer zunehmenden Privatisierung von Kliniken wird allerdings kritisch gesehen.

**Muss nicht das Gesundheitssystem grundsätzlich überdacht werden hinsichtlich finanzieller und struktureller Grundsicherung?**

Antwort:

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat nach ihrer gesetzlichen Definition als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Dabei müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Insoweit kommt der GKV bereits die Funktion einer

am Maßstab medizinischer Notwendigkeit ausgerichteten Grundsicherung zu. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können die Versicherten nicht beanspruchen, dürfen von den Leistungserbringern nicht erbracht und von den Krankenkassen nicht bezahlt werden.

Eine Diskussion darüber, die Leistungen in der GKV auf ein Niveau abzusenken, das sich unterhalb des medizinisch Notwendigen bewegt, ist mit dem Schutzanspruch der GKV nicht vereinbar. Das würde letztlich bedeuten, dass ein umfassender Krankenversicherungsschutz nur durch eine weitere private Absicherung verwirklicht werden kann. Dies könnten sich viele Bürger aber gar nicht leisten. In letzter Konsequenz stünden viele Menschen ohne adäquate Absicherung für den Krankheitsfall da. Eine solche Beschränkung der GKV auf eine „Teilkasko“-Versicherung stellt aus Sicht der Landesregierung daher keine sinnvolle Option für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens dar.

**Wo sind Einsparpotentiale im Gesundheitssystem, die zweckgerichtet weiterverwendet werden können?**

Antwort:

Die Frage nach Effizienzreserven im Gesundheitswesen wird von allen Akteuren im Gesundheitswesen intensiv diskutiert. Dabei zeigt sich: Große Einsparpotential gibt es nicht. Die Antwort liegt zumeist in konkreten, mitunter sehr komplexen Einzelmaßnahmen. Die meisten Akteure im Gesundheitswesen sind sich darüber einig, dass in erster Linie die starke Segmentierung des Gesundheitswesens in einen stationären und einen ambulanten Sektor häufig nicht sinnvoll ist. Durch eine bessere Verzahnung der stationären und der ambulanten Versorgung, lassen sich daher nicht unerhebliche Einsparpotentiale heben, z.B. durch die Sicherstellung einer effizienten ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt bei Vermeidung unnötiger stationärer Wiederaufnahmen. Bereits heute sind die technischen Möglichkeiten gegeben, um z.B. durch eine sektorübergreifende Vernetzung aller an der Behandlung Beteiligten aufwändige und teure Doppeluntersuchungen vermeiden zu können.

Weitere Einsparpotentiale hat der Bundesgesetzgeber im Bereich der Arzneimittelversorgung identifiziert, insbesondere im Bereich teurer patentgeschützter Arzneimittel. Seit dem Jahr 2011 können die Hersteller neu zugelassener Arzneimittel die Preise für diese Arzneimittel nicht mehr beliebig festsetzen. Neu zugelassene Arzneimittel müssen vielmehr eine sog. frühe Nutzenbewertung durchlaufen. Deren Ergebnis bildet die Entscheidungsgrundlage dafür, wie viel die gesetzliche Krankenversicherung für ein neues Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff zahlt. Dies wird nach der Vorstellung des Gesetzgebers dazu führen, dass die Ausgabenentwicklung im Arzneimittelbereich moderater verläuft als bei freier Preisfestsetzung durch die Hersteller.

Ganz allgemein lässt sich sagen: Im Gesundheitswesen bestehen noch einige Effizienzreserven, die sich vor allem durch eine gute Vernetzung des Behandlungsgeschehens heben lassen. Manches Zahlengeklingel in der öffentlichen Diskussion über Einsparmöglichkeiten von mehreren zehn Milliarden im Gesundheitswesen muss aber als illusionär bewertet werden. Ein Gesundheitswesen ohne jegliche ökonomische Effizienzverluste muss schon angesichts der Vielzahl der Beteiligten und ihrer unterschiedlichen Interessen ein theoretisches Konstrukt bleiben.

**Ist eine Anreiz-basierte Bezahlung über den Behandlungserfolg möglich?**

Antwort:

Die qualitätsorientierte Vergütung (pay for performance, P4P) ist ein aufwendiges Verfahren, für das eine verlässliche Qualitätsmessung Voraussetzung ist. In vielen Bereichen der medizinischen Versorgung fehlen bisher verwertbare Qualitätsindikatoren. Ein aktuelles Gutachten der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit kommt zu dem Schluss, dass es bislang noch nicht gelungen ist, in Studien zweifelsfrei die Wirksamkeit von P4P-Projekten nachzuweisen.

**Wie sieht die Landesregierung in diesem Zusammenhang das Problem der Privatisierung von Kliniken?**

Antwort:

Nach § 1 Abs. 2 KHG ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Auf Landesebene ist die Chancengleichheit für alle Arten von Krankenhausträgern sicher zu stellen. Dies bedeutet gleiche Möglichkeiten des Marktzutritts und der eigenverantwortlichen Betriebsführung. Die Landesregierung setzt sich dafür ein, dass die Trägerpluralität in Baden-Württemberg erhalten bleibt. Der Trend zu einer zunehmenden Privatisierung von Kliniken wird allerdings kritisch gesehen.

**Gibt es Informationen zu den Ergebnissen bezüglich der Spareffekte, die erzielt werden können im Klinikbereich durch DRG?**

Antwort:

Bezüglich der Auswirkungen der DRGs auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser kommt die G-DRG-Begleitforschung des IGES-Instituts für den Zeitraum 2006-2008 zu dem Schluss, dass sich die Gesamtkosten der Krankenhäuser in diesem Zeitraum deutlich stärker erhöht hatten als zwischen 2003 und 2006. Die Steigerung der durchschnittlichen Kosten pro Fall lag jedoch niedriger. Der Anteil der Sachkosten an den Brutto-Gesamtkosten hat sich deutlich erhöht, der Anteil der Personalkosten entsprechend vermindert. Mitverantwortlich für diese Entwicklung sind z.B. Fallzahlsteigerungen in Fallgruppen mit überdurchschnittlichen Sachkostenanteilen.

**Organisation der Gesundheitsversorgung, Möglichkeiten zur Vernetzung**

**Wie kann ein besserer Zugang zu allen Versorgungsleistungen für alle Zielgruppen erreicht werden? (schnellere Wege: Worksheet-flow)**

Antwort:

Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist es, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (§ 1 SGB V). Dazu gehört auch, Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 SGB V).

Alle Versicherten haben grundsätzlich den gleichen Leistungsanspruch, dessen Umfang im Fünften Buch Sozialgesetzbuch festgelegt und durch das Wirtschaftlichkeitsgebot begrenzt ist. Die Versicherten haben insbesondere Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung, zur Früherkennung von Krankheiten und zur Behandlung einer Krankheit. Die Leistungen müssen ausrei-

chend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Bei der Koordination der verschiedenen Leistungen für den einzelnen Patienten spielen insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen, die selbst Koordinationsaufgaben für ihre Versicherten wahrnehmen, der Hausarzt des Patienten als dessen Lotse im System wie auch ggf. der Krankenhaussozialdienst eine große Rolle. Auch die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), die mittlerweile gesetzlich gemäß § 65b SGB V institutionalisiert wurde, versteht sich als Wegweiser durch das Gesundheitssystem. Die UPD möchte Patienten stärken und dazu befähigen, ihre Interessen wahrzunehmen und eigenständig zu handeln. Die UPD bietet Ratsuchenden eine neutrale und von Krankenkassen, Ärzten, Therapeuten etc. unabhängige Beratung, Information und Unterstützung.

Das Beratungsangebot der UPD umfasst:

- die persönliche Beratung vor Ort in einer der 21 Beratungsstellen; davon zwei in Baden-Württemberg
- das bundesweit kostenfreie Beratungstelefon,
- die Online-Anfrage an die Beraterinnen und Berater der UPD,
- die überregionale Arzneimittelberatung

Link: <http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/startseite.html>

#### **Wie kann die Entbürokratisierung des Gesundheitswesens erreicht werden?**

##### Antwort:

Ein häufig im Gesundheitswesen bemängelter Aspekt ist der von den Leistungserbringern neben der Heilleistung zu erbringende Verwaltungs- und Bürokratieaufwand. Dabei wird häufig verkannt, dass insbesondere die Dokumentationspflichten zumeist der Qualitätssicherung der Leistungserbringung dienen. Grundsätzlich ist im Interesse der Transparenz und der Patientensicherheit ein gewisses Maß an Dokumentation deshalb nicht vermeidbar. Wichtig ist es jedoch ein Ausufern in diesem Bereich zu verhindern und einzelne Vorgänge kritisch zu hinterfragen. So hat sich zum Beispiel die Landesregierung dafür eingesetzt, die Praxisgebühr- auch vor dem Hintergrund des großen verwaltungstechnischen Aufwandes in den Praxen – abzuschaffen. Insbesondere auch bei neuen Gesetzgebungsverfahren muss auf Praktikabilität im Vollzug geachtet werden, damit kein unverhältnismäßiger Bürokratismus geschaffen wird.

#### **Wie kann eine ausgelagerte/unabhängige Anlaufstelle für Mitarbeiter von Kliniken geschaffen werden, wenn "Gefahr in Verzug ist"? (z.B. wenn der Personalabbau zur Gesundheitsgefährdung der Patienten führt und Gespräche mit der Klinikleitung nichts ergeben.)**

##### Antwort:

Existieren im Einzelfall tatsächlich entsprechende Missstände und verlaufen Gespräche der Mitarbeiter mit den Vorgesetzten oder der Leitung des Hauses ergebnislos, so ist im Weiteren die Mitarbeitervertretung vor Ort der richtige Ansprechpartner, um entsprechende Missstände zu adressieren.

Es fehlt an einer Rechtsgrundlage, um eine entsprechende externe und unabhängige Anlaufstelle zu schaffen, die ja im Ernstfall auch Durchgriffsbefugnisse gegenüber



einzelnen Krankenhäusern haben müsste. Das Land kann daher keine entsprechende Anlaufstelle einrichten, an die sich Beschäftigte eines Krankenhauses mit Anliegen und Beschwerden, die ihren Arbeitgeber und letztlich die Organisation des Krankenhausbetriebs betreffen, wenden können. Die Unikliniken im Land haben freiwillig interne Ombudsgremien eingerichtet. Diesem Beispiel können andere Krankenhäuser folgen.

**Wie kann der Umgang mit Behandlungsfehlern weiter verbessert werden?**

Antwort:

Viele Krankenhäuser haben inzwischen anonyme Fehlermeldungssysteme (Critical Incident Reporting-Systeme – CIRS) installiert. Die Nutzung dieser Systeme ist ein wichtiger Baustein beim klinischen Risikomanagement. Zudem werden im Rahmen der verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen Qualitätsindikatoren insbesondere bei Operationen erfasst, zentral ausgewertet und bei Auffälligkeiten in den Kliniken besprochen.

**Auf den Kliniken lastet ein hoher ökonomischer Druck, das führt in der Regel zu Spezialisierungen (Beispiel Hüft-OP). Gibt es hier die Möglichkeit und die Absicht von Seiten der Landesregierung, im Interesse einer umfassenden Versorgung der Patienten, regulierend zu wirken?**

Antwort:

Es ist richtig, dass insbesondere kleine Krankenhäuser nicht immer wirtschaftlich geführt werden können. In Einzelfällen spezialisieren sich Krankenhäuser auf bestimmte planbare Eingriffe. Die Landesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, auch künftig eine flächendeckende Grundversorgung zu gewährleisten. Falls diese gefährdet sein sollte, wird die Landesregierung krankenhauplanerisch reagieren.

**Wie kann ein Netzwerk ausgebaut werden, das verschiedene Krankheitsbilder aber auch soziale und juristischen Probleme in den Blick nimmt? (zentraler Ansprechpartner für die Betroffenen; das Problem hängt mit dem DRG-System zusammen)**

Antwort:

Mit dem Gesundheitsportal [www.gesundheitsforum-bw.de](http://www.gesundheitsforum-bw.de) besteht bereits ein Netzwerk, das von den Partnern des baden-württembergischen Gesundheitswesens getragen wird. Hier finden Sie Informationen rund um das Thema Gesundheit und zu verschiedenen Krankheitsbildern. Adressen der wichtigsten Gesundheitsdienstleister:

Fragen zu Krankheiten:

Link: <http://www.gesundheitsforum-bw.de/Krankheit-A-Z/Seiten/Allgemeine-Informationen.aspx>

Bei Fragen zu sozialen und juristischen Problemen kann z.B. die Seite zur Patientensicherheit unter weiterhelfen, die von der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung neu für sie entwickelt wurde.

Link: <http://www.gesundheitsforum-bw.de/Krankheit-A-Z/Seiten/Patientensicherheit.aspx>

Weitere, qualitätsgesicherter Informationen im Internet finden Sie zum Beispiel auf den Seiten der Krankenkassen oder dem Portal des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG.

Link: <http://www.gesundheitsinformation.de/>

**Wie kann ein Netzwerk zur Selbststärkung von Betroffenen ausgebaut werden?**

Antwort:

Gemäß § 31 Landeskrankenhausgesetz (LKHG) stellt das Krankenhaus einen sozialen Krankenhausdienst sicher, der dafür sorgt, dass nach der Entlassung des Patienten, die zu seiner Pflege, Nachsorge und Rehabilitation notwendigen Maßnahmen, eingeleitet werden. Ein darüber hinausgehendes strukturiertes Versorgungsmanagement wird von einer Mehrzahl der Krankenhäuser angeboten. Die Versorgung in vernetzten Strukturen unter Einbezug der Selbsthilfe spielt bereits eine wichtige Rolle bei der Versorgung chronisch psychisch Kranker und Suchtkranker.

Die Strukturen der Selbsthilfe und deren örtlichen Netzwerke zu fördern ist dem Sozialministerium daher ein wichtiges Anliegen. So wird beispielsweise die Suchtselbsthilfe jährlich mit insgesamt rund 200.000 € gefördert. Gerade im sehr sensiblen Bereich der Psychiatrie hat die Einbindung der Betroffenen seit langem einen hohen Stellenwert. Die Betroffenen- und Angehörigenverbände arbeiten in allen relevanten Landesgremien mit. Sie waren auch bei der im Dialog mit allen relevanten Gruppen erarbeiteten Eckpunkte für ein Landespsychiatriegesetz, das die Rechte der Patientinnen und Patienten stärken und zusammengefasst regeln soll, maßgeblich mit eingebunden. Dies stärkt natürlich auch deren Netzwerkarbeit vor Ort. Ergänzt wird dies beispielsweise auch durch die wichtige Arbeit der Patientenfürsprecher.

**Wie kann die Vernetzung zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten verbessert werden?**

Antwort:

Die ärztliche Versorgung in Deutschland ist derzeit geprägt von der bundesgesetzlich durch das SGB V vorgegebenen Trennung des ambulanten und des stationären Sektors. Gesetzgebungszuständigkeiten, Rechtsgrundlagen und Entscheidungsstrukturen unterscheiden sich in diesen beiden Bereichen maßgeblich.

Obwohl die Bedarfsplanung der beiden Sektoren streng voneinander getrennt ist, decken sich die Versorgungsbereiche und somit auch die Bedarfe von Leistungen niedergelassener Ärzte und von Krankenhäusern faktisch zumindest in Teilbereichen, da das SGB V zahlreiche Möglichkeiten ambulanter Tätigkeit von Krankenhäusern vorsieht, aber auch niedergelassene Ärzte über belegärztliche Tätigkeit oder ambulantes Operieren in klassischen „Krankenhausbereichen“ tätig sind.

Ein sektorenübergreifender Ansatz kann dabei behilflich sein, an der Schnittstelle beider Sektoren Versorgungslücken zu identifizieren, Ressourcen effizienter zu verteilen und innovative Ansätze für eine echte, sektorenübergreifende Versorgung zu liefern.

Das Land hat daher im Jahr 2010 die Einführung eines sektorenübergreifenden beratenden Beirats auf Landesebene beschlossen. Dieser ist auch ein Teil des Gesundheitsdialogs, der u.a. der Vernetzung aller im Gesundheitswesen Beteiligten dienen soll. Ziel ist es, im Dialog von Leistungserbringern, Kostenträgern und ggf. weiteren Beteiligten, insbesondere Patientenvertretern, eine gute medizinische Versorgung sicherzustellen.

Auch die kommunalen Gesundheitskonferenzen, insbesondere die Kreisstrukturgespräche, können dazu beitragen auf örtlicher Ebene sektorenübergreifende Lösungen einzelner Versorgungsprobleme zu finden.

**Kann ein Informationsnetzwerk zentral aufgebaut werden über Ärzte, Therapeuten etc. im Bezug auf spezielle Erkrankungen? (Zusammenführung von Systemen)**

Antwort:

Im Bezug auf die ambulante ärztliche Versorgung bietet die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) auf Ihrer Homepage eine sog. „Arztsuche“ an. Hier können Interessenten, getrennt nach Arztgruppen, Fachgebieten und Standorten individuelle Suchanfragen stellen.

Darüber hinaus unterstützt die KVBW auf persönlichem Wege die Patienten bei der Suche nach Ärzten oder Psychotherapeuten. Über die sog. MedCall-Hotline (Telefon: 01805 633 2255) können sich Fragende an die KVBW wenden.

Die im Internet mehr und mehr aufkommenden Facharztportale, sollten hingegen kritisch betrachtet werden, da es sich dort überwiegend um subjektive Bewertung einzelner Patienten handelt.

Ansprechpartner sollte daneben insbesondere immer der behandelnde Hausarzt sein, der auch als Lotse des Patienten durch das Gesundheitssystem fungiert.

**Können die Landratsämter und die KISS-Stellen vernetzt werden?**

Antwort:

Selbstverständlich können sich die Stadt- und Landkreise mit den Partnern in den Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen vor Ort vernetzen. In vielen Fällen wird es bereits eine Vernetzung geben, beispielweise mit den Gesundheitsämtern in den Kreisverwaltungen und über die Stabstellen Bürgerschaftliches Engagement.

**Wie kann der Zugang zu relevanten Informationen zu Diagnose und Therapie erleichtert werden?**

Antwort:

Qualitätsgesicherte Informationen rund um das Thema Gesundheit und zu verschiedenen Krankheitsbildern finden Sie zum Beispiel auf den Seiten der Krankenkassen oder dem Portal des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG.

Link: <http://www.gesundheitsinformation.de/>

**Wie kann eine bessere Information über verfügbare Selbsthilfegruppen erreicht werden? (Ausbau z.B. am Modell Rheinland-Pfalz orientiert)**

Antwort:

Informationen zu Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen und zu den Anlaufstellen finden Sie auf der Homepage des Sozialministeriums unter Gesundheit – Selbsthilfegruppen.

Link: <http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/de/Selbsthilfegruppen/82170.html>

Weiterführenden Informationen zu den Spitzenorganisationen der Selbsthilfe in Baden-Württemberg, einzelnen Landesverbänden und Kontaktstellen sind ebenfalls dort abrufbar.

Weitere Informationen zum Thema „Selbsthilfe in Baden-Württemberg“ und Adressen von Selbsthilfeverbänden und Kontaktstellen für chronisch kranke und behinderte Menschen in Baden-Württemberg finden sie beispielsweise auf dem Portal Selbsthilfe-info.de.

Link: <http://www.paritaet-bw.de/selbsthilfe/content/e153/>

**In welchem Umfang ist eine zentrale Informationsstelle für Bürger zu den Themen Verbraucherschutz, Verbraucherinformation in Bezug auf Medikamente, (alternative) Behandlungsmethoden, Beschwerdemanagement geplant? Die Krankenkassen bieten solche Informationen, aber offenbar kommt diese Information bei den Patienten nur unzureichend an.**

**Wie können die vorhandenen Kommunikationsportale und Informationsquellen besser kommuniziert werden? Ist eine neutrale Information sicher gestellt?**

**Ist ein Informationszentrum für seltene Krankheiten (Tumorarten) geplant?**

Antwort:

Eine zentrale Informationsstelle zu den genannten Themen ist nicht erforderlich und daher auch nicht geplant.

Zum Verbraucherschutz bei Gesundheitsthemen kann beispielsweise auf die Verbraucherzentrale Baden-Württemberg verwiesen werden, die Informationen und Beratung zu Gesundheit und Pflege zur Verfügung stellt.

Link: <http://www.vz-bawue.de/Gesundheit-Pflege-1>

Staatlich geprüfte Informationen zu Arzneimitteln sind im Internet auf den Seiten von PharmNetBund, dem Portal für Arzneimittelinformationen des Bundes und der Länder, abrufbar. Jede Bürgerin/jeder Bürger kann auf diesen Seiten sowohl die Gebrauchsanweisungen, welche inhaltlich den Packungsbeilagen („Beipackzetteln“) entsprechen, als auch die für Fachkreise (Ärztinnen/Ärzte, Apothekerinnen/Apotheker) erstellten Fachinformationen, der auf dem deutschen Markt zugelassenen Arzneimittel, abrufen.

Für Arzneimittel, die seit 2005 eine zentrale europäische Zulassung erhalten haben, stehen zusätzlich Beurteilungsberichte mit Stellungnahmen in Bezug auf die Ergebnisse von pharmazeutischen, pharmakologisch-toxikologischen und klinischen Versuchen für jedes beantragte Anwendungsgebiet zur Verfügung.

PharmNetBund enthält darüber hinaus öffentlich zugängliche Informationen zu klinischen Prüfungen. Eine Registrierung ist für die Nutzung der Datenbanken nicht erforderlich. Darüber hinaus sind Apotheken verpflichtet, zu Fragen rund um Arzneimittel, deren Wirkungen, Nebenwirkungen, Gegenanzeigen sowie ihre richtige Anwendung aufzuklären und zu beraten.

Link: <http://www.pharmnet-bund.de>

Die vorhandenen Kommunikationsportale und Informationsquellen zu Gesundheitsthemen können im Rahmen des Gesundheitsdialogs und durch Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Partner im Gesundheitswesen bekannter gemacht werden.

Eine neutrale Information ist auf allen offiziellen Portalen sichergestellt, z.B. dem Portal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Link: <http://www.patienten-information.de/>

oder dem Portal des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

IQWIG.

Link: <http://www.gesundheitsinformation.de/>

Zudem verfügen alle gesetzlichen und privaten Krankenkassen über Portale mit Gesundheitsinformationen. Informationen und Links zu vielen Themen rund um Gesundheit und Krankheit finden sich auch beim Gesundheitsportal des Gesundheitsforums Baden-Württemberg.

Link: <http://www.gesundheitsforum-bw.de/>

Der Europäische Rat schreibt vor, dass bis 2013 alle EU-Länder einen Plan vorlegen müssen, wie sie Menschen mit seltenen Erkrankungen besser versorgen. Darin sollen auch die Zentren für seltene Erkrankungen enthalten sein.

In Deutschland kümmert sich das Nationale Aktionsbündnis für Menschen mit seltenen Erkrankungen (NAMSE) um die Umsetzung der EU-Forderung. Derzeit arbeiten hierzulande acht Zentren. Weitere Informationen finden sie unter folgendem

Link: <http://namse.de/ueber-uns/seltene-erkrankungen.html>

Ein Informationszentrum für seltene Krankheiten (Tumorarten) in Baden-Württemberg ist nach derzeitigem Kenntnisstand nicht geplant.

**Wie plant die Landesregierung die Umsetzung eines landesweiten Krebsregisters für Baden-Württemberg für Diagnose und Verlauf einer Krebserkrankung? Ist eine zentrale Erfassung von Gewebeproben im Rahmen einer Gewebedatenbank geplant?**

Antwort:

In Baden-Württemberg wurde durch das Landeskrebsregistergesetz (LKrebsRG) vom 07.03.2006 bereits ein landesweites Krebsregister für Baden-Württemberg eingerichtet. Durch die Klinische Landesregisterstelle werden klinische Daten ausgewertet, für die onkologische Qualitätssicherung verarbeitet und an die meldenden Ärzte rückgemeldet. Zu den klinischen Daten gehören gemäß § 3 Abs. 4 LKrebsRG auch Angaben über die Diagnose, Therapie und den Verlauf einer Krebserkrankung.

Mit diesen von der Klinischen Landesregisterstelle bereitgestellten Daten sollen außerdem künftig in Regionalen Qualitätskonferenzen regelmäßig Analysen und Maßnahmen zur regionalen und einrichtungsbezogenen Versorgungsqualität durchgeführt werden.

Im Rahmen des landesweiten Krebsregisters ist keine zentrale Erfassung von Gewebeproben vorgesehen. Die Datenerfassung klinischer Zusatzdaten z.B. von Gewebeproben, in Gewebedatenbanken erfolgt bei einigen seltenen Krebserkrankungen zum Teil an Universitätskliniken zu Forschungszwecken. Sie unterliegt den erforderlichen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und wird von den zuständigen Ethikkommissionen begleitet.

## **Versorgungssicherheit (Kliniken und Hausarztversorgung)**

**Wie will die Landesregierung die Versorgung von chronisch Kranken im ländlichen Bereich und von marginalisierten Gruppen sicherstellen?**

Antwort:

Für chronisch kranke Menschen, wie auch für Menschen mit speziellen, seltenen Erkrankungen, sind sowohl die hausärztliche wie auch die fachärztliche Versorgung von großer Bedeutung. Den Sicherstellungsauftrag hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) inne.

Baden-Württemberg weist insgesamt betrachtet einen hohen Versorgungsgrad der Bevölkerung mit ambulanten ärztlichen Leistungen auf.

In den meisten Planungsregionen herrscht nach den aktuell gültigen Planungskriterien rechnerisch Überversorgung. Dies gilt auch insbesondere für die fachärztliche Versorgung. In Einzelfällen, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum, kann es jedoch lokal begrenzt zu Versorgungsengpässen kommen.

Aufgrund des Versorgungsstrukturgesetzes werden derzeit im Gemeinsamen Bundesausschuss, die bundesrechtlichen Richtlinien zur Bedarfsplanung überarbeitet, die zu einer kleinräumigeren und flexibleren Betrachtung der Versorgungssituation führen werden. So soll eine zielgenauere Bedarfsplanung ermöglicht werden.

Auch sollen zukünftig komplexe, schwer therapierbare Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern, ambulant sowohl bei entsprechend qualifizierten niedergelassenen Ärzten als auch in Krankenhäusern behandelt werden können, die diese Voraussetzungen erfüllen (ambulante spezialfachärztliche Versorgung).

Darüber hinaus müssen aber auch die Rahmenbedingungen für den ärztlichen Nachwuchs von allen an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteuren so optimiert werden, dass eine Niederlassung im ländlichen Raum an Attraktivität gewinnt. Dies beginnt beispielsweise bei Fragen der Ausgestaltung des Notfalldienstes und reicht über Aspekte der Vergütung, bis hin zu infrastrukturellen Angeboten einzelner Gemeinden.

Die Landesregierung hat dazu mit dem überarbeiteten Förderprogramm „Landärzte“ ein geeignetes Werkzeug geschaffen, um eine gute ärztliche Grundversorgung für alle Patienten in den ländlichen Regionen für die künftigen Jahre zu sichern.

**Wie kann vermieden werden, dass durch die Zentralsierung des Krankenhaussystems die Patientenwünsche übergangen werden? (Forderung: Dezentralisierung)**

Antwort:

Die Forderung nach dezentraler oder „wohnortnaher“ Versorgung muss differenziert beantwortet werden. Vorrangig ist die Etablierung eines gestuften Systems mit fachlicher Spezialisierung. Ortsnah müssen ambulante Versorgungsangebote sowie der Rettungsdienst verfügbar sein. Neben der Ortsnähe hat die dauerhafte Sicherstellung der medizinischen Qualität und der wirtschaftlichen Leistungserbringung besondere Bedeutung. Sie wird in vielen Fällen nur durch Konzentration und zwischen einzelnen Krankenhäusern abgestimmten Leistungsschwerpunkten erreichbar sein. Je seltener Leistungen notwendig werden, je höher der Spezialisierungsgrad ist oder je höher die

Vorhaltekosten ausfallen, desto ortsferner kann die Versorgung erfolgen.

Das Land unterstützt die Umstrukturierung kleiner Krankenhausstandorte zu Gesundheitszentren mit ambulantem Schwerpunkt sowie telemedizinische Ansätze zur Verbesserung der ortsnahen Versorgung. Durch die Einrichtung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen wurde eine Plattform geschaffen, um das Gesundheitssystem auf regionaler Ebene weiter zu entwickeln.

**Die hausärztliche Versorgung muss gestärkt werden. Nur so gelingt auch eine gute spezialärztliche Versorgung. Welche Konzepte gibt es dafür? Wie kann eine bessere Erstversorgung beim Hausarzt erreicht werden?**

Antwort:

Grundsätzlich ist eine gute hausärztliche Versorgung wichtig, um zum einen den Patienten innerhalb des Gesundheitssystems der richtigen Behandlung zuzuführen aber auch um einen Überblick über den Behandlungsverlauf des Patienten insgesamt zu gewährleisten. Dies ist besonders bei chronisch Erkrankten oder multimorbiden Patienten wichtig. Der Hausarzt kann dabei im besten Fall als „Lotse“ des Patienten fungieren und ihn u.a. auch den richtigen Fachärzten zuweisen.

Zwar erfolgt zumeist auch in der Regelversorgung die Erstkonsultation des Hausarztes. Eine Verpflichtung des Patienten zu einer solchen Vorgehensweise besteht jedoch nur für solche Patienten, die sich in die selektivvertragliche Hausarztzentrierte Versorgung ihrer gesetzlichen Krankenkasse eingeschrieben haben. Hier erfolgt u.a. eine spezielle Qualitätssicherung der hausärztlichen Versorgung, um besonders den Bedürfnissen chronisch Kranker gerecht zu werden und insgesamt eine besser koordinierte Behandlung zu erreichen. Der Patient ist hingegen verpflichtet vor der Konsultation von Fachärzten seinen Hausarzt hinzuzuziehen.

**Wie kann ein Konzept aussehen, dass das Ziel hat, jüngere Ärzte im ländlichen Raum anzusiedeln?**

Antwort:

Die ambulante ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg ist nach wie vor gut. Dennoch: viele junge Ärztinnen und Ärzte zieht es in Städte und Ballungsgebiete, auf dem Land bestehen dagegen zum Teil erhebliche Nachwuchsprobleme, insbesondere im hausärztlichen Bereich.

Das Land hat bereits im Jahr 2010 mit einem umfassenden Aktionsprogramm auf die Situation in der ärztlichen Versorgung reagiert und viele bundes- und landespolitische Initiativen ergriffen, um für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung eine gute Grundlage zu schaffen. Insbesondere bei der Neugestaltung der Bedarfsplanung durch das Versorgungsstrukturgesetz hat sich das Land erfolgreich dafür eingesetzt, dass die Gegebenheiten vor Ort besser und flexibler berücksichtigt werden können. Auch kann das Land auf verschiedenen Ebenen mehr Einfluss auf die Bedarfsplanung ausüben.

Zu nennen ist aber auch das mit insgesamt 6,95 Mio. Euro ausgestattete Förderprogramm, das mit unterschiedlichen Bausteinen Impulse für die Sicherstellung der Versorgung setzt.

Die Entscheidung, ob ein junger Arzt oder eine junge Ärztin sich in einer Gemeinde niederlässt ist jedoch sehr vielschichtig. Auf allen Ebenen müssen Anstrengungen unternommen werden, um weiterhin eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

len. Gerade die Standortfrage ist z.B. von entscheidender Bedeutung. Insbesondere für junge Familien kann das ländliche Umfeld besonders attraktiv sein – wenn die infrastrukturellen Voraussetzungen und insbesondere Kinderbetreuungsangebote und eine gute schulische Möglichkeiten vorhanden sind. Die Bereitstellung dieser Infrastruktur liegt maßgeblich in der Hand der Kommunen. Durch positive Gestaltung des Lebensrahmens junger Familien, können auch die Kommunen entscheidende Anreize für eine Niederlassung von Nachwuchsärzten selbst setzen.

Letztendlich müssen alle Beteiligten im Land und vor Ort in den einzelnen betroffenen Gemeinden im Rahmen ihrer Möglichkeiten „an einem Strang“ ziehen. Nur durch ein solches Miteinander wird es gelingen, dass der ländliche Raum an Attraktivität für junge Ärztinnen und Ärzte gewinnt.

### **Wie will die Landesregierung die hausärztliche und fachärztliche Versorgung im ländlichen Raum sicherstellen?**

#### Antwort:

Die ambulante ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg ist nach wie vor gut. In Einzelfällen, insbesondere im ländlichen Raum, kann es jedoch lokal begrenzt zu Versorgungsengpässen kommen.

Neben der Verbesserung der bundesrechtlichen Regelungen zur Bedarfsplanung, die zu einer kleinräumigeren und flexibleren Betrachtung der Versorgung führen wird, müssen die Rahmenbedingungen für den ärztlichen Nachwuchs von allen an der Gesundheitsversorgung Beteiligten Akteuren so gestaltet werden, dass eine Niederlassung im ländlichen Raum an Attraktivität gewinnt.

Dies beginnt bei Fragen der Ausgestaltung des Notfalldienstes und reicht über Aspekte der Vergütung bis hin zu infrastrukturellen Angeboten einzelner Gemeinden.

Insbesondere mit dem überarbeiteten Förderprogramm „Landärzte“ hat die Landesregierung ein geeignetes Werkzeug geschaffen, um eine gute ärztliche Grundversorgung in den ländlichen Regionen für die künftigen Jahre zu sichern.

### **Prävention, Nachsorge und Geriatrie**

### **Warum werden Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation nicht stärker gefördert bzw. ausgeweitet? (Enormes Sparpotential!)**

#### Antwort:

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung ist wie das Bildungsniveau ein zentraler Standortfaktor in Baden-Württemberg. Ausgaben, die dem Erhalt und der Verbesserung der Gesundheit dienen, sollen daher ebenso wie Bildungsausgaben als Investitionen in den Wirtschaftsstandort Baden-Württemberg betrachtet werden.

Gerade wenn es um darum, geht chronische Erkrankungen zu vermeiden oder zumindest in eine spätere Lebensphase zu verschieben, versprechen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltige Wirkung. Dem Sport und der Bewegungsförderung kommt dabei eine wichtige Rolle zu und sie sind deshalb wesentliche Bestandteile der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg – Gesundheit in allen Lebensbereichen.

Ein Ziel der Gesundheitsstrategie ist daher gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen, die zu Bewegung und Sport anregen. Für diese Aufgabe sind die Kommu-



nen die zentralen Akteure. Sie können durch ihre Verkehrsplanung, Stadtteilentwicklung, aber auch als Träger von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen hierzu nachhaltige Akzente setzen.

Gesunde Lebensbedingungen und ein qualifiziertes Angebot an Gesundheitsdienstleistungen sind heute ein Gradmesser für die Attraktivität einer Stadt und damit ein kommunaler Standortfaktor. Gesundheitsvorsorge und damit auch Bewegungsförderung und Sportmöglichkeiten haben deshalb einen immer höheren Stellenwert im Rahmen der Stadtentwicklung und kommunalen Fachplanung.

Das Sozialministerium unterstützt mit der Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ Städte und Gemeinden bei der Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Kommune, bei der Bewegung und Sport eine wichtige Rolle spielen. In gesundheitsfördernden kommunalen Netzwerken sind insbesondere die Sportvereine wichtige Partner der Kommunen.

**Wie kann Prävention verbessert werden? (Komplementärmedizin, Naturheilkunde, Selbstverantwortung und Mündigkeit)**

Antwort:

Mit der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg – Gesundheit in allen Lebensbereichen verfolgt die Landesregierung einen umfassenden Ansatz, bei dem Prävention gleichwertig neben Kuration, Pflege und Rehabilitation im Gesundheitswesen verankert wird.

Die Partner im Gesundheitswesen und die Bürgerinnen und Bürger können gemeinsam dazu beitragen, dass Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt werden. Sie können sich beispielsweise in ihrer Kommune, in Schulen und Kindertageseinrichtungen oder am Arbeitsplatz für gesunde Lebensverhältnisse engagieren.

**Kann ein einheitliches Präventionsgesetz auf den Weg gebracht werden? (Bund/Land)**

Antwort:

Gesundheitsförderung und Prävention werden als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet. Daher ist es sinnvoll ein Präventionsgesetz auf Bundesebene umzusetzen. Einige Bundesländer haben unter der Federführung von Hamburg ein neues Eckpunkt Papier für ein Bundespräventions- und Gesundheitsförderungsgesetz (BPGG) erarbeitet. Inzwischen liegt auch ein Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vor.

Mit diesem erneuten Anlauf für ein BBPG – 2005 und 2008 sind zuvor bereits zwei Versuche, ein Präventionsgesetz auf den Weg zu bringen, gescheitert – soll über eine gesetzliche Verbindlichkeit bezüglich einer nachhaltigen Finanzierung und einer gebündelten Organisation zielgerichteter Aktivitäten zu Gesundheitsförderung und Prävention den Anforderungen entsprochen werden. Die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung hat sich die baden-württembergische Landesregierung zum Ziel gesetzt.

**Warum wird Naturheilkunde in Baden-Württemberg nicht gefördert, auch im Bereich Prävention?**

Antwort:

Alternative Behandlungsmethoden sind nicht per se von der Erstattungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Ein Beispiel bildet Akupunktur bei chronischen Knie- oder Rückenschmerzen. Sie ist seit 2006 als Regelleistung für gesetzlich Versicherte anerkannt.

Auch in der Arzneimittelversorgung stehen zahlreiche homöopathische oder anthroposophische Arzneimittel zur Verfügung.

Ausgeschlossen sind dagegen Verfahren, die der Gemeinsame Bundesausschuss, einem Gremium aus Vertretern von Ärzten und Krankenkassen, für unwirksam erklärt hat. Dazu zählt beispielsweise die Magnetfeld-Therapie ohne die Verwendung implantierter Spulen.

Mit der Gesundheitsreform 2007 haben die Kassen zusätzlich die Möglichkeit erhalten, ihren Mitgliedern individuelle Angebote zu machen. So steht es ihnen frei, Wahltarife für besondere Therapierichtungen anzubieten, bei denen alternative Heilmethoden bezahlt werden. Jeder Versicherte kann sich bei seiner Krankenkasse erkundigen, ob diese entsprechende Angebote vorhält.

In der Prävention und Gesundheitsförderung können naturheilkundliche Behandlungsmethoden zum Erhalt der Gesundheit ebenso beitragen, wie eine gesunde Lebensweise mit Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung.

Mit der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg – Gesundheit in allen Lebensbereichen verfolgt die Landesregierung einen umfassenden Ansatz, bei dem Prävention gleichwertig neben Kuration, Pflege und Rehabilitation im Gesundheitswesen verankert wird. Eine besondere Förderung der Naturheilkunde in der Prävention ist daher nicht vorgesehen.

**Wie kann die Nachsorge verbessert werden, im Bezug auf die Information von Betroffenen und im Bezug auf die psychische Betreuung?**

Antwort:

Als Nachsorge bezeichnet man die planmäßige Nachuntersuchung von Patienten nach einer abgeschlossenen oder vorläufig abgeschlossenen Behandlung. Das Ziel der Nachsorge ist:

- das Wiederauftreten der Erkrankung oder
- typische Komplikationen einer Krankheit oder auch ihrer Behandlung frühzeitig zu erkennen und so effektiver behandeln zu können,
- den Patienten im Umgang mit der Erkrankung auch im Alltag zu unterstützen,
- eine Dauerbehandlung an die Bedürfnisse des Patienten und den Krankheitsverlauf anzupassen.

Nach einer stationären Behandlung oder einer Rehabilitationsmaßnahme ist in vielen Fällen – gerade bei ernsthaften Erkrankungen – eine weiterführende Behandlung oder Betreuung sinnvoll und notwendig. Gerade zum Beispiel bei Krebserkrankungen kann

dies der Fall sein. Im Einzelfall entscheidet über die Notwendigkeit einer solchen Nachsorge der behandelnde Arzt.

Bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern und Jugendlichen besteht auch ein ergänzender Anspruch auf sozialmedizinische Nachsorge, wenn die Nachsorge wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

Die Planung dieser Maßnahmen kann in einem ersten Schritt auch über den sozialen Dienst im Krankenhaus bzw. in der Rehabilitationseinrichtung erfolgen. Auch die Krankenkassen bieten ihren Mitgliedern eigene Sozialdienste an, die ggf. in Anspruch genommen werden können.

Darüber hinaus versteht sich die unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) als Wegweiser und Lotse durch das Gesundheitssystem. Die UPD möchte Patienten stärken und dazu befähigen, ihre Interessen wahrzunehmen und eigenständig zu handeln. Die UPD bietet Ratsuchenden eine neutrale und von Krankenkassen, Ärzten, Therapeuten etc. unabhängige Beratung, Information und Unterstützung.

**Wäre es möglich, dass langfristig Erkrankte außerhalb der Akutphase eine Reha bekommen?**

Antwort:

Ja, wenn die Betroffenen die gesetzlichen Zugangsvoraussetzungen erfüllen. Die Bewilligung einer medizinischen Reha-Leistung hängt von bestimmten persönlichen und versicherungsrechtlichen Bedingungen und Zielen ab.

Die Leistungen zur Rehabilitation werden von unterschiedlichen Leistungsträgern erbracht.

- Die gesetzliche Rentenversicherung verfolgt mit medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen das Ziel, die Erwerbstätigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen.
- Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat das Ziel, durch medizinische Rehabilitationsmaßnahmen chronische Erkrankungen zu lindern und Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

**Gesetzliche Rentenversicherung:**

Zu den persönlichen Voraussetzungen gehört, dass die Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung erheblich gefährdet oder reduziert ist und eine Reha-Maßnahme

- eine Minderung der Erwerbsfähigkeit verhindern oder
- die bereits geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert, wiederhergestellt oder eine wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann.

Versicherungsrechtliche Voraussetzung für eine Rehabilitation ist zum Beispiel, dass

- eine Mindestversicherungszeit („Wartezeit“) von 15 Jahren erfüllt ist oder
- bereits eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen wird oder

- in den letzten zwei Jahren vor dem Reha-Antrag sechs Monate Pflichtbeiträge für eine Beschäftigung gezahlt wurden

#### **Gesetzliche Krankenversicherung:**

Ein gesetzlicher Leistungsanspruch auf eine medizinische Rehabilitation gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich aus §§ 40 SGB V ff. Dabei besteht bei Erfüllen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen durch den Versicherten hinsichtlich des "Ob" der Leistung kein Ermessen der Krankenkasse.

In § 40 Abs. 3 SGB V ist geregelt, dass die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt. Ebenfalls ist hier geregelt, dass eine Wiederholung von ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach vier Jahren möglich ist.

Wenn gesundheitliche Gründe eine Wiederholung jedoch vorher dringend nötig machen, kann ein Antrag für die Reha-Maßnahme gestellt werden.

**Genehmigung von Reha-Maßnahmen für chronisch Kranke erfolgt nach Sachlage der Krankenkasse, obwohl weder der betreffende Sachbearbeiter noch der Medizinische Dienst Kenntnis von der Krankheit hat.**

**Warum werden Reha-Maßnahmen trotz dringender ärztlicher Verordnung abgelehnt? Wie kann dies patientennäher gestaltet werden?**

#### Antwort:

Ein gesetzlicher Leistungsanspruch auf eine medizinische Rehabilitation gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich aus §§ 40 SGB V ff. Dabei besteht bei Erfüllen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen durch den Versicherten hinsichtlich des "Ob" der Leistung kein Ermessen der Krankenkasse.

In § 40 Abs. 3 SGB V ist geregelt, dass die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt.

Um eine Leistung zu erwirken, muss sie ärztlich verordnet werden. Der Rehabilitationsantrag des Versicherten enthält insbesondere eine Begründung vom Hausarzt bzw. Facharzt des Versicherten über die Notwendigkeit der angestrebten Rehabilitationsmaßnahme.

Zur Prüfung des Vorliegens, der Voraussetzungen des gesetzlichen Anspruchs und dessen Ausgestaltung, werden von der Krankenkasse die vom Versicherten zu erfüllenden persönlichen und versicherungsrechtlichen Tatbestände für eine Rehabilitationsmaßnahme nach Aktenlage sowie im Einzelfall auch durch Gutachten des MDK geprüft.

Wird die Reha-Maßnahme abgelehnt, ist der Antragsteller mit dem Bescheid nicht einverstanden oder hält er ihn für fehlerhaft, so kann er gegen die Ablehnung des Reha-Antrags Widerspruch bei der Krankenkasse einlegen.

Das Ergebnis der Überprüfung des Widerspruchs wird schriftlich mitgeteilt. Wenn der Versicherte der Meinung ist, dass auch die Widerspruchsstelle seine Argumente nicht

angemessen berücksichtigt hat, kann er gegen den Widerspruchsbescheid Klage beim Sozialgericht erheben.

**Wie kann die administrative Entlastung auch im Bereich der Altenversorgung erreicht werden?**

Antwort:

Ein häufig im Gesundheitswesen bemängelter Aspekt ist der von den Leistungserbringern neben der Heilleistung zu erbringende Verwaltungs- und Bürokratieaufwand. Dabei wird häufig verkannt, dass insbesondere die Dokumentationspflichten zumeist der Qualitätssicherung der Leistungserbringung dienen. Grundsätzlich ist im Interesse der Transparenz und der Patientensicherheit ein gewisses Maß an Dokumentation deshalb nicht vermeidbar. Dies gilt auch für Pflegeeinrichtungen.

**Wer entscheidet bei Meinungsdivergenzen über die Indikation einer geriatrischen Reha?**

**Wie sieht die Zukunft der Akutgeriatrie aus?**

**Welchen Einfluss hat die Schließung von Rehakliniken im Bereich der Geriatrie?**

Antwort:

Auch zukünftig spielen die Geriatrischen Zentren und Schwerpunkte, die jeweils an Allgemeinkrankenhäusern angesiedelt sind, als Kompetenz- und Referenzeinrichtungen im jeweiligen Stadt- und Landkreis, eine wichtige Rolle. Akutstationär behandelungsbedürftige geriatrische Patienten werden in den jeweiligen Fachabteilungen der Akutkrankenhäuser versorgt. Geriatrische Betten werden im Krankenhausplan nicht gesondert ausgewiesen. Die Krankenhausträger entscheiden eigenverantwortlich, ob sie dazu gesonderte Behandlungseinheiten bilden, beispielsweise geriatrische Behandlungseinheiten innerhalb der Somatik oder gerontopsychiatrische Einheiten innerhalb der Psychiatrie.

Die Sicherstellung der Versorgung mit Rehabilitationskliniken liegt in der Verantwortung der Krankenkassen als Kostenträger. Sie unterliegt damit nicht der Krankenhausplanung des Landes.

Die Durchführung geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen liegt ebenfalls in der Verantwortung der Krankenkassen. Als Antragsleistung setzt die geriatrische Rehabilitation ein Antrags- und Genehmigungsverfahren voraus. Der Antrag wird durch Klinikärzte oder durch niedergelassene Vertragsärzte gestellt.

Liegen die Voraussetzungen für eine Rehabilitation vor, bestimmt die Krankenkasse Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung sowie die Rehabilitations-einrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Dabei stellen die Krankenkassen sicher, dass geriatrische Patienten, welche die o.g. Kriterien erfüllen, eine geriatrische Rehabilitation in einer wohnortnahen Einrichtung erhalten. Bei der Entscheidung über den Antrag auf Geriatrische Rehabilitation, wird den berechtigten Wünschen des leistungsberechtigten Versicherten (z.B. bezüglich Klinikwahl) entsprochen.

Die Krankenkasse holt dabei in gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung erforderlich ist, eine gutachterliche Stellungnahme des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ein. Dies ist insbesondere dann angezeigt, wenn sie vom Zuweisungsvorschlag des Arztes abweichen möchte (Ablehnung der Geriatrischen Rehabilitation oder Auswahl einer

anderen Rehabilitationseinrichtung).

Kommt der MDK zu einer anderen gutachterlichen Entscheidung als der antragstellende Arzt, kann der Versicherte gegen eine hierauf gründende Entscheidung der Krankenkasse Widerspruch einlegen.

Sofern diesem Widerspruch in einer erneuten Begutachtung nicht Abhilfe geschaffen werden kann, steht dem Versicherten letztlich auch der Weg zum Sozialgericht offen.

## **Seelische Gesundheit**

**Wie kann eine ganzheitliche Betreuung der Betroffenen erreicht werden? (psychologische Betreuung, bessere, schnellere Betreuung; Ärzte sollten DDG zertifiziert werden)**

Antwort:

Die ganzheitliche psychologische Betreuung ist ein anspruchsvoller Auftrag, der entsprechende fachliche Kompetenz erfordert. Um eine qualifizierte psychologische Betreuung und Behandlung von Menschen mit Diabetes zu fördern und die damit verbundenen psychischen Belastungen und Störungen optimal zu behandeln, wurde beispielsweise von der Arbeitsgemeinschaft "Diabetes und Psychologie" in der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) eine spezifische Weiterbildung initiiert.

Nähere Informationen finden sie auf der Homepage der DDG:

Link: <http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/weiterbildung/fachpsychologe-ddg.html>

**Wie kann eine bessere psychologische Betreuung von Patienten bei Krebs erreicht werden?**

Antwort:

In Baden-Württemberg ist durch den Krebsverband Baden-Württemberg e. V., die Ambulante Psychosoziale Beratungsstelle Stuttgart und zahlreiche Selbsthilfegruppen nach Krebs eine flächendeckende psychosoziale Betreuung von Krebspatienten vorhanden. Dieses Versorgungssystem soll erhalten und weiter verbessert werden.

Darüber hinaus ist die psychosoziale und psychologische Betreuung von Krebspatienten auch Aufgabe der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung, des Leistungsrechtes der Krankenkassen und des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigung.

**Wie können mehr Psychotherapieniederlassungsplätze ausgebaut werden? (Verbesserung der Bedarfsplanung)**

Antwort:

Nach den derzeit noch geltenden bedarfsplanungsrechtlichen Grundlagen sind alle Planungsbereiche für Neuzulassungen in der Gruppe der Psychotherapeuten gesperrt. Der Versorgungsgrad in den einzelnen Planungsbereichen beträgt zwischen 110 Prozent im Ostalbkreis und 580 Prozent im Landkreis Tübingen.

Mit dem am 01.01.2012 in Kraft getretenen Versorgungstrukturgesetz wurden erst Voraussetzungen geschaffen, die bundesweit geltenden Bedarfsplanungsrichtlinien zu reformieren. Nach welchen Kriterien die neu zu entwickelnden Grundlagen für die Bedarfsplanungsrichtlinien ausgestaltet werden sollen, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch

nicht abschließend abschätzbar.
Die Diskussion darüber wird derzeit im Gemeinsamen Bundesausschuss intensiv geführt. Die Bundesländer sind an den Beratungen beteiligt. Ein besonderes Anliegen der Länder ist in diesem Zusammenhang die Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum.
<b>Für verhaltenschwierige Menschen, Krankenhausgesellschaft, soziale Zentralversorgung: Kann das Ministerium hier flexibel reagieren?</b>
<u>Antwort:</u> Die Frage ist unverständlich und kann daher nicht beantwortet werden.
<b>Spezialfragen zu einzelnen, auch seltenen Krankheiten, sowie zu Abläufen im Gesundheitssystem</b>
<b>Können interdisziplinäre Kliniken (Kompetenzzentren) v.a. für seltene Erkrankungen eingerichtet/erweitert werden? Regionale Einrichtung solcher Zentren; Einbindung von Fachärzten (z.B. bei Cluster-Kopfschmerzen)</b>
<u>Antwort:</u> Die Krankenhausplanung ist gemäß § 6 Landeskrankenhausgesetz (LKHG) als Rahmenplanung angelegt. Im Rahmen von Fachplanungen wurden planerisch Zentren und Schwerpunkte in den Bereichen Onkologie, Schmerzversorgung, Schlaganfallversorgung und Geriatrie ausgewiesen.  Zentren für seltene Erkrankungen im Sinne eines Forschungs- und Behandlungszentrums bestehen inzwischen an sämtlichen baden-württembergischen Universitätskliniken mit unterschiedlichen, abgestimmten Schwerpunkten. Darüber hinaus steht es den Kliniken frei, weitere Kompetenzzentren zu etablieren.
<b>Wie können bessere Patientenschulungen erreicht werden (besseres Verhältnis zwischen Betroffenen und Geschulten, z.B. Diabetes)?</b>
<u>Antwort:</u> Patientenschulungen sollen den Patienten zum Selbstmanagement befähigen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, aber auch Folgeerkrankungen vermeiden helfen. Es wird davon ausgegangen, dass ein Patient, der gut über seine Krankheit informiert und geschult ist, als Patient im Umgang mit seiner Krankheit und im „medizinischen Betrieb“, also in der Interaktion mit Leistungserbringern und Kostenträgern, sicherer und kompetenter wird.  Mit Blick auf die Rechtsgrundlage ist zu unterscheiden zwischen Patientenschulungen als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation gemäß § 43 Nr. 2 SGB V und Patientenschulungen im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms für chronisch kranke Menschen nach § 137f SGB V (Disease-Management-Programme, abgekürzt DMP).  a) Nach § 43 Nr. 2 SGB V kann die Krankenkasse bei Bedarf Patientenschulungen für chronisch Kranke als Sachleistung der GKV erbringen, wenn sie zuletzt Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet. Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich erscheint. Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass die Wirksamkeit und Effizienz des Pati-

entschulungsprogrammes nachgewiesen wurde.

In Deutschland gibt es für Asthma- und Neurodermitisschulungen bei Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern Arbeitsgemeinschaften, die Qualitätskriterien für die Inhalte und Durchführung von Patientenschulungen definiert haben. Diese Qualitätskriterien sind von den entsprechenden medizinischen Fachgesellschaften anerkannt und werden von den Kostenträgern (vor allem den Krankenkassen) überprüft.

b) Im Rahmen der DMP-Programme werden in allen DMP Indikationen – außer im DMP Brustkrebs – spezielle Schulungsprogramme als Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen angeboten. Art und Inhalt der Wissensvermittlung können dabei nicht frei gewählt werden, denn Schulungsprogramme können nur dann im Rahmen der DMP angeboten werden, wenn diese durch das Bundesversicherungsamt akkreditiert worden sind. Grundsätzlich kann jeder koordinierende Arzt Patientenschulungen durchführen, wenn er und sein Praxispersonal die für das jeweilige Schulungsprogramm notwendige Qualifikation nachweisen kann und er über geeignete Räumlichkeiten verfügt. Liegen diese Voraussetzungen vor, erhält ein Arzt von seiner Kassenärztlichen Vereinigung die Genehmigung als DMP-Schulungsarzt.

Sowohl Patientenschulungen als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation als auch DMP-Schulungsprogramme sind somit qualitätsgesichert. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen wirken im Rahmen Ihrer Zuständigkeiten an dieser Qualitätssicherung mit. Dem Sozialministerium liegen von Seiten dieser Körperschaften keine Informationen vor, aus denen sich Defizite bei der Umsetzung der Schulungen oder konkrete Ansatzpunkte für Verbesserungen der Schulungen ergeben.

Verbesserungen bei Patientenschulungen können erreicht werden, wenn Patienten und Patientinnen, die an diesen Programmen teilnehmen, sich mit ihrem behandelnden Arzt oder Ärztin darüber austauschen und ihrer Krankenkasse Verbesserungsvorschläge übermitteln.

#### **Können mehr Behandlungszentren für Diabetikerfüße eingerichtet werden?**

##### Antwort:

Es ist davon auszugehen, dass die Fragesteller mit Behandlungszentren für Diabetikerfüße die in der ambulanten medizinischen Versorgung geschaffenen diabetologischen Schwerpunktpraxen meinen.

Eine diabetologische Schwerpunktpraxis wird von einem Vertragsarzt, in der Regel einem Internisten, eingerichtet, der sich innerhalb seines Fachgebietes auf die Behandlung von diabetischen Erkrankungen spezialisieren möchte. Voraussetzung dafür ist, dass er die berufsrechtlichen Voraussetzungen (z.B. hinsichtlich seiner Aus- und Weiterbildung) für die Führung einer Schwerpunktbezeichnung oder einer Zusatzbezeichnung im Fach Diabetologie erfüllt.

Eine Bedarfsplanung von diabetologischen Schwerpunktpraxen und eine spezielle Zulassung von Vertragsärzten für diesen Bereich finden somit in Baden-Württemberg nicht statt.

Diabetologische Schwerpunktpraxen erfüllen zudem bestimmte Qualitätskriterien, die von den Gremien der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (Diabeteskommission) überwacht werden.

Die Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß stellt eine Übersicht der Einrichtungen auf deren Internetportal sowie eine Liste der zertifizierten Einrichtungen in Baden-



Württemberg als pdf-Dokument zur Verfügung.

Link: [http://www.ag-fuss-ddg.de/einrichtungen\\_bw.html](http://www.ag-fuss-ddg.de/einrichtungen_bw.html)

### **Wie kann man verantwortungsvoll mit dem Down-Bluttest umgehen?**

#### Antwort:

Das Grundgesetz verbietet eine Benachteiligung, also eine nachteilige Ungleichbehandlung. Dieser Diskriminierungsschutz steht auch Ungeborenen zu, bei denen eine Behinderung zu erwarten ist. Das Grundgesetz ist aber auch die Basis für das Selbstbestimmungsrecht der Frau. Es ist Bestandteil des Selbstbestimmungsrechts der Frau, sich auch über schwere Gesundheitsstörungen ihrer ungeborenen Kinder zu informieren. Die Fruchtwasseruntersuchung, bei der wenigstens eine von 200 Frauen einen Abort erleidet, ist eine etablierte Methode, um Chromosomenanomalien wie z.B. eine Trisomie 21 oder andere schwere Gesundheitsstörungen festzustellen. Die Voraussetzungen für einen Schwangerschaftsabbruch aus medizinischen Gründen können dann erfüllt sein, wenn durch die kindliche Gesundheitsstörung oder Behinderung die Gesundheit der Mutter bedroht ist.

Wenn solche Gesundheitsstörungen oder Behinderungen Ungeborener nun durch Bluttests mit deutlich geringerer Gefährdung für Schwangere und Embryo als bei einer Fruchtwasseruntersuchung festgestellt werden können, sollten diese Tests schwangeren Frauen grundsätzlich ab dem Zeitpunkt, ab dem sie verlässliche Aussagen ermöglichen, nicht vorenthalten werden.

Es ist aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und ein besonderes Anliegen der Landesregierung, zu verhindern, dass schwangere Frauen unter Druck gesetzt werden, sämtliche verfügbare pränatale Diagnostik durchzuführen und bei Vorliegen entsprechender Untersuchungsergebnisse die Schwangerschaft abbrechen zu lassen. Sie müssen darauf vertrauen können, dass auch ein möglicherweise behindertes Kind in unserer Gesellschaft willkommen ist und dass sie ausreichend Unterstützung erhalten, wenn sie sich für ein behindertes Kind entscheiden. Die volle Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen ist ein vorrangiges Ziel der Landesregierung.

### **Warum müssen Drogenabhängige jahrelang substituiert werden?**

#### Antwort:

Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer dient die Substitutionsbehandlung der Behandlung von opiatabhängigen Menschen. Eine Opiatabhängigkeit ist eine behandlungsbedürftige, schwere chronische Krankheit. Die Substitution dient ihrer Behandlung mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes, der Unterstützung der Behandlung einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung oder der Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft und nach der Geburt.

Ihre Umsetzung bedarf eines umfassenden Therapiekonzeptes, das auf eine mehrjährige Behandlungsdauer angelegt ist. Ziele und Ebenen der Behandlung sind:

- Sicherung des Überlebens,
- Reduktion des Gebrauchs anderer Suchtmittel,
- Gesundheitliche Stabilisierung und Behandlung von Begleiterkrankungen,

- Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben,
- Opiatfreiheit.

Das Erreichen dieser Ziele hängt jedoch wesentlich von der jeweiligen Situation des suchtkranken Menschen ab. Das kann im individuellen Fall auch bedeuten, dass eine Substitutionsbehandlung über viele Jahre durchgeführt wird, ohne dass das Ziel der vollständigen Betäubungsmittelabstinenz erreicht wird. Allerdings gelingt es vielen Menschen durch eine Substitutionsbehandlung ihren Gesundheitszustand erheblich zu verbessern, wieder am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, berufstätig zu sein und ihre Familie zu versorgen.

Die seit zwanzig Jahren etablierte Substitutionsbehandlung eröffnet vielen suchtkranken Menschen daher die Perspektive auf ein geregeltes Leben bei guter Gesundheit und ist insbesondere deswegen eine Erfolgsgeschichte.

**Dauerhaftes Funktionstraining ist notwendig, wird aber nur zwei Jahre von der Kasse übernommen. Die meisten chronisch Kranken mit Fibromyalgie können sich aber die einzelnen Therapien nicht leisten.**

**Wie kann das Funktionstraining dauerhaft finanziert werden?**

Antwort:

Das Funktionstraining ist eine ergänzende Leistung zur Rehabilitation und wird gemäß § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX in Verbindung mit § 43 SGB V als Sachleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung erbracht. Nach der Rahmenvereinbarung zu Rehabilitationssport und Funktionstraining leisten die Krankenkassen für 12 Monate, bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität durch chronisch bzw. chronisch progredient verlaufende entzündlich rheumatische Erkrankungen (rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew, Psoriasis-Arthritis), schwere Polyarthrosen, Kollagenosen, Fibromyalgie-Syndrome und Osteoporose für 24 Monate.

Der Arzt kann Funktionstraining auch länger oder erneut verordnen, wenn die Leistung weiter notwendig, geeignet und wirtschaftlich ist, um die vorgenannten Ziele zu erreichen. Für eine längere oder erneute Verordnung muss eine schlüssige Begründung aufgeführt werden, z. B. Auftreten einer akuten Verschlechterung der Grunderkrankung, Diagnosewechsel oder kognitive oder psychische Beeinträchtigungen infolge Medikamenten-Nebenwirkungen oder chronischer Erkrankung. Die Weiter- oder Neuverordnung kann wiederum für 12 bzw. 24 Monate erfolgen (Richtwerte) – in besonderen Situationen auch darüber hinaus. Die Begründung muss so transparent sein, dass sie bei einer Beurteilung durch den Medizinischen Dienst nachvollziehbar ist.

**Können finanzielle Mittel für Gehörlose/Untertitel bereitgestellt werden (Kinos)?**

Antwort:

Die Frage zielt darauf ab, inwieweit das Land im Rahmen der Filmförderung die Barrierefreiheit im Zusammenhang mit Filmen und Kinos fördert. Zuständig für die Filmförderung ist das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst. Dieses bedient sich hierzu der MFG Filmförderung Baden-Württemberg. Ob die gewünschte Fördermöglichkeit besteht, ist uns nicht bekannt.

Das Sozialministerium fördert den Landesverband der Gehörlosen jährlich mit 30 300 Euro. Mit weiteren 72 000 Euro fördern wir den Einsatz von Gebärdendolmetschern bei Elternabenden und Elterngesprächen.

## Wie kann die Vorsorge z.B. bei Krebs verbessert werden?

### Antwort:

Durch Früherkennungsuntersuchungen ist es möglich, einige häufige Krebserkrankungen so frühzeitig zu erkennen, dass eine Heilung wahrscheinlich ist.

Diese Untersuchungen sind relativ einfach, nicht oder wenig belastend, und sie sind verlässlich genug, um eine Krebserkrankung in einem Frühstadium oder gar Vorstadium zu erkennen.

Gesetzlich Krankenversicherte haben Anspruch auf folgende Krebsfrüherkennungsuntersuchungen:

### **Frauen:**

- *Gebärmutterhalskrebs:* Ab 20, jährliche Untersuchung des äußeren und inneren Genitales und Abstrichuntersuchung von Gebärmuttermund und Gebärmutterhals.
- *Brustkrebs:* Ab 30, einmal jährlich Abtastung der Brüste und der Achselhöhlen, Anleitung zur Brustselbstuntersuchung; Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren werden seit dem Jahr 2007 alle zwei Jahre wohnortnah zu einer Röntgenreihenuntersuchung der Brust (Mammographie-Screening) eingeladen.  
Das Mammographie-Screening unterliegt strengen Qualitätsanforderungen. Jede Mammographieaufnahme wird von zwei erfahrenen Ärztinnen oder Ärzten getrennt voneinander begutachtet. Bei unterschiedlichen Diagnosen wird eine dritte ärztliche Meinung eingeholt.

### **Männer:**

- *Prostatakrebs:* Ab 45, einmal jährlich Abtastung der Prostata vom Enddarm aus, Untersuchung des äußeren Genitales und Abtastung der Lymphknoten in der Leiste.

### **Für Frauen und Männer:**

- *Hautkrebs:* Ab 35, alle zwei Jahre gezielte Anamnese (z.B. Fragen nach Veränderungen/Beschwerden) – visuelle, standardisierte Ganzkörperuntersuchung der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes und aller Körperhautfalten.
- *Dickdarmkrebs:* Ab 50 einmal jährlich Austastung des Enddarms (digitale rektale Untersuchung) und Stuhlbrieftest auf verborgenes Blut (okkultes Blut) im Stuhl. Ab 55 Dickdarmspiegelung (Koloskopie), die einmalig nach zehn oder mehr Jahren wiederholt werden kann. Anstelle der Koloskopie kann ab 55 der Test auf okkultes Blut alle zwei Jahre durchgeführt werden.

Orientiert am Mammographie-Screening soll auch beim Gebärmutterhalskrebs und beim Darmkrebs durch ein Einladungssystem die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen intensiviert werden.

Insgesamt soll durch eine verstärkte Information, wie Krebserkrankungen frühzeitig erkannt werden können, die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und damit die Vorsorge weiter verbessert werden.

**Können Krebsberatungsstellen regelfinanziert werden? Wie geht es generell für die bereits eingerichteten Stellen weiter?**

Antwort:

Krebsberatungsstellen sind insbesondere

- der Krebsinformationsdienst (regional und überregional) am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKfZ)
- der Krebsverband Baden-Württemberg e. V. und
- die Ambulanten Psychosozialen Krebsberatungsstellen Stuttgart, Tübingen, Freiburg und Karlsruhe.

Die bei unterschiedlichen Trägern angesiedelten Ambulanten Psychosozialen Krebsberatungsstellen werden seit Mai 2010 im Rahmen des Förderungsschwerpunktprogramms „Psychosoziale Krebsberatungsstellen“ von der Deutschen Krebshilfe gefördert (Teilfinanzierung). Die ursprünglich bis 2013 vorgesehene Förderung durch die Deutsche Krebshilfe wurde bis 2016 verlängert. Im Rahmen des Förderprogramms werden Qualitätsstandards und -kriterien zur Zertifizierung der Beratungsstellen erarbeitet und evaluiert.

Ziel ist es, ab 2016 (im Anschluss an das Förderprogramm) zertifizierte (qualitätsgesicherte) Ambulante Psychosoziale Krebsberatungsstellen in die Regelfinanzierung durch die Sozialversicherungsträger überzuführen.

**Kann das Krebsregister für Betroffene nutzbar gemacht werden?**

Antwort:

Über die Rückkoppelung der klinischen Daten (vgl. bereits oben) zu den meldenden Ärzten ist schon jetzt das Krebsregister für Betroffene nutzbar. Im Rahmen von Regionalen Qualitätskonferenzen soll dies noch weiter ausgebaut und verbessert werden. Darüber hinaus ist vorgesehen, im Rahmen einer Novellierung des Landeskrebsregistergesetzes künftig auch Daten zur Lebensqualität und Funktionalität bei Krebserkrankungen zu erheben.

**Können Hygienebehälter in Herren-Toiletten aufgestellt werden?**

Antwort:

Die Problematik fehlender Hygienebehälter in Herrentoiletten zur diskreten Entsorgung von Einlagen der von Harninkontinenz betroffenen Patienten ist ein berechtigtes Anliegen. Das Sozialministerium hat die Möglichkeiten einer landesrechtlichen Regelung zur Aufstellung von Hygienebehältern in Herrentoiletten im Jahr 2011 geprüft. Eine entsprechende Regelung ist in der Landesbauordnung nicht möglich, weil die Einrichtung baulicher Anlagen von den Bestimmungen ausgenommen ist. Auch in der Gaststättenverordnung ist eine entsprechende Regelung nicht möglich, weil im Jahr 1997 im Zuge der Deregulierung Bestimmungen zur Einrichtung von Gaststätten aus der Verordnung herausgenommen wurden.

Vor diesem Hintergrund hat das Sozialministerium im November 2011 den DEHOGA Baden- Württemberg (Hotel- und Gaststättenverband) um Unterstützung des Anliegens im Rahmen einer freiwilligen Verpflichtung gebeten. Der DEHOGA hat die Anregung aufgegriffen und seine Mitglieder entsprechend informiert.

**Warum bezahlt die Kasse keine erfolgreichen Alternativtherapien?  
Z.B. im Bereich der Krebstherapie: Warum wird die Misteltherapie nur bei Rezi-  
div-Erkrankungen bezahlt und nicht bereits bei Ersterkrankungen?**

Antwort:

Die Aussage, dass die Krankenkassen keine erfolgreichen Alternativtherapien bezahlen, ist in dieser Allgemeinheit nicht zutreffend. Es gibt durchaus zahlreiche homöopathische oder anthroposophische Arzneimittel, die verschreibungspflichtig und damit zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung ordnungsfähig sind. Nicht wenige Krankenkassen übernehmen darüber hinaus freiwillig als besondere Satzungsleistungen die Kosten für alternative oder anthroposophische Arzneimittel, die mangels Verschreibungspflicht nicht zu den Pflichtleistungen der Gesetzlichen Krankenkassen gehören.

Hinsichtlich der Misteltherapie gilt Folgendes: Mistelpräparate wie z.B. Helixor® sind nicht verschreibungspflichtig. Die Kosten für rezeptfreie Mittel übernehmen die gesetzlichen Krankenversicherungen nach Änderungen im Sozialgesetzbuch V schon seit 2004 nicht mehr. Da die Kosten nach dieser Regelung auch für viele wichtige Arzneimittel gegen andere schwere Erkrankungen nicht mehr übernommen worden wären, hat der Gemeinsame Bundesausschuss Ausnahmen beschlossen: die sogenannte "OTC-Übersicht der ordnungsfähigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel". Auf dieser OTC-Liste finden sich auch mehrere Regelungen für Mistelpräparate. Eine davon lautet: Diese sind nur "in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität" ordnungsfähig. Dies bedeutet streng genommen, dass die Misteltherapie zu anderen Zwecken und bei Patienten, deren Erkrankung voraussichtlich geheilt werden kann, nicht von den gesetzlichen Versicherungen bezahlt werden müsste.

In der Folge entstand für Mistel-Präparate eine Auseinandersetzung darüber, ob sich diese Regelung in der OTC-Ausnahmeliste nur auf die Erkrankung – in diesem Fall "maligne Tumoren" – bezieht, oder ob damit auch das Therapieziel "in der palliativen Therapie zur Verbesserung der Lebensqualität" umfasst sei. Befürworter der anthroposophischen Therapierichtung vertraten die Rechtsauffassung, die Bezugnahme umfasse nur die Voraussetzung des Vorliegens der schwerwiegenden Erkrankung "maligne Tumoren", sodass das anthroposophische Mistel-Präparat Helixor® auch für die kurative, adjuvante Therapie maligner Tumoren verordnet werden dürfe. Ein Urteil des Bundessozialgerichts vom Mai 2011 beendete einen mehrjährigen Rechtsstreit zu diesem Thema. Danach gilt die Beschränkung "nur in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität" für alle Mistelpräparate. Das heißt im Ergebnis, dass die Behandlung mit Mistelpräparaten in der adjuvanten Situation von den Patienten privat bezahlt werden muss und eine Kostenübernahme durch die GKV nur noch bei der palliativen Therapie erfolgt.

Diese Sichtweise wird nach Auffassung der Landesregierung in Baden-Württemberg dem Gebot der therapeutischen Vielfalt nicht gerecht, weil Standardtherapeutika der besonderen Therapierichtungen in der Regel nicht gleichzeitig auch den Therapiestandard einschließlich der Anwendungsvoraussetzungen der Schulmedizin erfüllen. Baden-Württemberg hat sich dementsprechend im Bundesrat dafür eingesetzt, dass durch geeignete gesetzgeberische Maßnahmen dem Gebot der therapeutischen Vielfalt in der medizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend Rechnung getragen werde. Bedauerlicher Weise fand der Antrag der Landesregierung in der Länderkammer keine Mehrheit.

**Welche Projekte plant die Landesregierung für Jugendliche bei Tumorerkrankungen im Bereich der Reha, der psychologischen Beratung und sozialer Projekte?**

Antwort:

Die Landesregierung setzt sich intensiv dafür ein, dass krebskranke Kinder und Jugendliche wieder gesund werden können und in ihrer Lebensqualität und ihren Zukunftschancen anderen Kindern nicht nachstehen.

Die Krebserkrankung eines Kindes oder Jugendlichen betrifft die ganze Familie und bedeutet eine lange und intensive Therapie über ein bis zwei Jahre. Um dies verarbeiten zu können und um in den sozialen Zusammenhängen integriert zu bleiben, ist eine umfassende psychosoziale, seelsorgerische und schulische Begleitung erforderlich. Dieses Angebot bezieht die ganze Familie für die gesamte Therapie und Nachsorgezeit mit ein.

In Baden-Württemberg wurden in kideronkologischen Zentren eigens Klinikschulen eingerichtet. Aufgabe dieser Klinikschulen ist zunehmend nicht nur der Unterricht in den Hauptfächern, sondern vor allem der Kontakt zur Heimatschule, um die soziale Integration in der Heimatschule zu erhalten.

Baden Württemberg verfügt außerdem über zwei Einrichtungen zur Rehabilitation krebskranker Kinder: Die Nachsorgeklinik Tannheim und die Katharinenhöhe Schönwald. Beide Einrichtungen bieten Rehabilitation sowohl für die ganze Familie (familienorientierte Rehabilitation) als auch Rehabilitation für Jugendliche und junge Erwachsene nach Krebserkrankung an.

Kinder und Jugendliche mit einer unheilbaren Krebserkrankung werden von den kideronkologischen Zentren zusammen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Pflegediensten versorgt und erforderlichenfalls auch beim Sterben begleitet. In den Zentren haben sich hierfür sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Pflegepersonal in pädiatrischer Palliative Care fortgebildet. Darüber hinaus soll speziell für Kinder und Jugendliche eine Spezialisierte Ambulante Pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV) etabliert werden.

Fördervereine für krebskranke Kinder unterstützen sowohl die Familien krebskranker Kinder als auch die kideronkologischen Zentren. Sie unterhalten in der Nähe der kideronkologischen Zentren Elternhäuser, damit ein Elternteil in der Nähe bleiben kann, sowie Geschwisterhäuser zur Betreuung der Geschwister in Kliniknähe.

Diese Strukturen weiter zu verbessern und bedarfsgerecht auszubauen, zählt zu den wichtigsten gesundheitspolitischen Zielen der Landesregierung.

**Zahnarzt: Warum extra 10 Euro? Warum keine kostenlose Vorsorge? Kosten nicht kontrollierbar bei Behandlung.**

Antwort:

Vorab ist anzumerken, dass am 9. November 2012 der Bundestag einstimmig beschlossen hat, die Praxisgebühr zum 1. Januar 2013 abzuschaffen.

Die aktuell gültigen gesetzlichen Zuzahlungsregelungen sehen aber bereits heute keine Zuzahlungen vor, wenn bei einem Zahnarztbesuch reine Vorsorgeuntersuchungen (beispielsweise 1 Mal jährlich Zahnstein entfernen) durchgeführt wurden. In diesem Fall muss die Praxisgebühr von 10 Euro nicht entrichtet werden.

Darüber hinaus ist vor der Behandlung, der Patient über mögliche Behandlungskosten, die den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse übersteigen, zu informieren und seine Zustimmung einzuholen.

**Laut Erfahrung einer Patientin ist nur eine Röntgenuntersuchung pro Quartal in der gleichen Praxis für das gleiche Anliegen möglich. Beim Wechsel in eine andere Praxis kann durchaus auch ein zweites Röntgenbild erstellt werden. Wie kann das erklärt werden?**

Antwort:

Es gibt keine Regelung, nach der nur eine Röntgenuntersuchung pro Quartal in der gleichen Praxis für das gleiche Anliegen möglich ist. Soweit es medizinisch erforderlich ist, können auch noch weitere Röntgenuntersuchungen im selben Quartal in der gleichen Praxis erfolgen.

**Die Schreiben zum Brustkrebscreening werden als wenig freundlich empfunden, oft sogar eher als Drohung. Es wird gebeten, die Schreiben künftig freundlicher zu formulieren. Das Schreiben weckt den Eindruck, als ob es Sanktionen gibt, wenn man der Aufforderung zum Brustkrebscreening nicht nachkommt, gibt es da reale Sanktionsmöglichkeiten?**

Antwort:

Das Mammographie-Screening ist ein Angebot für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. Eine Verpflichtung zur Teilnahme besteht nicht. Jede anspruchsberechtigte Frau kann individuell abwägen und entscheiden, ob sie daran teilnehmen möchte. Sanktionen bei Nichtteilnahme gibt es selbstverständlich nicht.

Bezüglich der (freundlicheren) Formulierung des Einladungsschreibens wird das Sozialministerium die einladende Zentrale Stelle Mammographie-Screening in Baden-Württemberg auf die Bürgeranregung hinweisen.

**Die bedürfnisgerechte Versorgung z.B. bei multipler Sklerose umfasst auch, dass Patienten unter Umständen weitere Strecken zurücklegen, um eine Indikation orientierte Behandlung in einem Fachzentrum zu erfahren. Häufig werden die Kosten hierfür von den Kassen nicht übernommen. Wie sieht hierzu die Haltung der Landesregierung aus?**

Antwort:

Notwendige Fahrkosten übernehmen die Krankenkassen nur dann, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Bei einer ambulanten Behandlung ist stets eine vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse erforderlich und eine Kostenbeteiligung nach den gesetzlichen Vorgaben in § 60 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch nur in besonderen Ausnahmefällen möglich. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hierzu Näheres in den Krankentransport-Richtlinien bestimmt. Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung sind danach,

- dass der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapie-schemata behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist,
- und dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheits-verlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur

Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

Die Beschränkung der Fahrkostenübernahme im Rahmen der ambulanten Behandlung auf besondere Ausnahmefälle stellt einen vertretbaren Kompromiss dar zwischen einerseits dem Anspruch der Gesetzlichen Krankenversicherung, eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung der Versicherten sicherzustellen, und andererseits den begrenzten finanziellen Ressourcen der Gesetzlichen Krankenversicherung

## **Transparenz**

**Transparenz über Qualität (Reha-Einrichtungen und andere Versorger), Zugang zur Versorgung, Leistungsanspruch IGPV/Gesetzliche Krankenversicherung/Rentenversicherung**

Antwort:

### **Transparenz über Qualität**

Zur ständigen Verbesserung der Rehabilitationsleistungen setzen die Sozialversicherungsträger (Deutsche Rentenversicherung/Gesetzliche Krankenversicherung) Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung (QS) ein.

### **Leistungsanspruch**

Die Leistungszuständigkeit der Krankenkasse für die Rehabilitation ist nachrangig gegenüber den Leistungen anderer Sozialversicherungsträger, insbesondere der Rentenversicherung. Nachrangigkeit besteht ferner grundsätzlich gegenüber Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherungen, wenn die Leistungen als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit zu erbringen sind. Ausgenommen vom Subsidiaritätsprinzip sind Maßnahmen in den Fällen des § 31 SGB VI, z.B. Krebs-Nachsorgekuren und Kinderheilbehandlungen. In diesen Bereichen bestehen Leistungsansprüche gegenüber einem Rentenversicherungsträger gleichberechtigt neben dem Leistungsanspruch gegenüber einer Krankenkasse.

### **Zugang zur Versorgung**

(Anmerkung: Die Frage wird im Sinne der Beschreibung des Antragsverfahrens verstanden.)

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen vom Versicherten beantragt werden. Antragsformulare gibt es nicht nur direkt beim Rentenversicherungsträger bzw. Krankenversicherungsträger, sondern beispielsweise auch bei den Auskunfts- und Beratungsstellen des jeweiligen Sozialversicherungsträgers, den gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation oder den Versicherungsämtern der Kommunen, so dass ein bürgernaher Zugang zu den Leistungen gewährleistet ist. Alle genannten Stellen sind auch beim Ausfüllen der Formulare behilflich.

**Kann bei der nächsten Veranstaltung ein Vertreter des Wissenschaftsministeriums dabei sein?**

Antwort:

Bei einem weiteren Bürgerdialog wird das Wissenschaftsministerium eingeladen. Das Wissenschaftsministerium ist zuständig für Fragen zur medizinischen Forschung in Baden-Württemberg, zur Versorgungsforschung sowie zu den Universitätskliniken und Medizinischen Fakultäten.