

Anlage 1



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

1. Landesgesundheitsdialog Bürgerdialog am 19.10.2012 mit Frau Ministerin Altpeter Antworten des Ministeriums

Fragen	Antworten des Ministeriums
<p><i>Versorgungsstrukturen</i></p> <p>Was tut die Landesregierung um bürgernahe Gesundheitsversorgung zu sichern? Spezifiziert in folgenden Bereichen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hausarztmodell• Ländliche Versorgungsstruktur• Verhinderung von Patiententourismus• Marginalisierte Gruppen *	<p><u>Hausarztmodell:</u></p> <p>Baden-Württemberg nimmt bei der Hausarzt-zentrierten Versorgung eine Vorreiterrolle ein. Den Vertragsbeteiligten im Land ist es gelungen, mit der Hausarzt-zentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) die Versorgungslandschaft zu bereichern. Das Land hat diese Entwicklung unterstützt, die Hausarztprogramme sollen die Regelversorgung sinnvoll ergänzen und deren Weiterentwicklung ermöglichen.</p> <p><u>Ländliche Versorgungsstruktur:</u></p> <p>Die ambulante ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg ist nach wie vor gut. In Einzelfällen, insbesondere im ländlichen Raum, kann es aber lokal begrenzt zu Versorgungsengpässen kommen. Auf Bundesebene wurden mit Unterstützung des Landes beim Versorgungsstrukturgesetz verschiedene Verbesserungen erreicht, die sich auf die Gesundheitsversorgung im Land positiv auswirken. Auf Landesebene hat die Landesregierung mit dem überarbeiteten Förderprogramm „Landärzte“ ein geeignetes Werkzeug an der Hand, um eine gute</p>

	<p>ärztliche Grundversorgung in den ländlichen Regionen für die künftigen Jahre zu sichern. Ziel des Programms ist es, die hausärztlichen Versorgung in ausgewählten Fördergebieten im ländlichen Raum zu verbessern. Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des Ministeriums unter:</p> <p>http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/de/10_Punkte_Aktionsprogramm_Landaerzte/250043.html</p> <p><u>Verhinderung von Patiententourismus:</u></p> <p>Die Anzahl der ausländischen Patienten im ambulanten und stationären Sektor bewegt sich im Promillebereich. Negative Auswirkungen in der Versorgung der in Deutschland lebenden Bevölkerung sind in diesem Zusammenhang nicht zu erkennen. Aus Sicht des Landes besteht daher kein konkreter Handlungsbedarf.</p> <p>*Frage zu den marginalisierten Gruppen wird noch beantwortet</p>
<p><i>Versorgungsstrukturen Vernetzung</i></p> <p>Was macht die Landesregierung im Bezug auf die Vernetzung im Bereich stationärer und ambulanter Versorgung?</p> <p>Kann in der Vor- und Nachsorge, sowohl stationär als auch ambulant, bei Problemen Abhilfe gefun-</p>	<p><u>Vernetzung im Bereich stationärer und ambulanter Versorgung:</u></p> <p>Was die Politik leisten kann und muss ist, den Dialog anzuregen und innovative Strukturen zu schaffen. Es ist unbestritten, dass im Zusammenwirken zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor ein besonderes Potential liegt. Vor diesem Hintergrund hat Baden-Württemberg als erstes Bundesland einen sektorenübergreifenden Beirat gegründet. Dieser sektorenübergreifende 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. Beiratsmitglieder sind neben den an der Bedarfsplanung beteiligten Hauptakteuren (Landkreis-, Städte- und Gemeindeg, Krankenkassen, Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung BW, Baden-Württembergische</p>

<p>den werden?</p> <p>Wie soll die Begleitung von Menschen mit Krankheit und Behinderung aussehen, ist an eine Begleitung durch selbstbetroffene Menschen, die die entsprechende Fachkompetenz haben im Sinne des Peer-Konzepts gedacht?*</p> <p>Wie können betroffene Menschen geschult werden?*</p> <p>Wie kann ihrer Meinung nach ein Lotsensystem aussehen? Wie kann es vernetzt werden?*</p>	<p>Krankenhausgesellschaft – BWKG) auch die Patientenvertreter.</p> <p><u>Probleme in der Vor- und Nachsorge:</u></p> <p>Patienten, die von einem Versorgungsbereich in den anderen wechseln (z. B. vom Krankenhaus in die häusliche Pflege bzw. in die Rehabilitation) benötigen Unterstützung. Die Voraussetzungen, um die Kontinuität der Behandlung an den Schnittstellen der Versorgung zu verbessern, sind vorhanden. Jedoch müssen die Patienten noch besser über solche Unterstützungsangebote und ihre Rechte aufgeklärt werden. Im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden bereits Unterstützungsangebote der Krankenkassen und der Krankenhäuser finanziert. Daher wäre der Aufbau eines flächendeckenden Netzes an Casemanagern außerhalb dieses Rahmens, die unabhängig von Krankenkasse und Leistungserbringern agieren, mit zusätzlichen Mitteln der GKV aus Gründen der Beitragssatzstabilität nicht sinnvoll.</p> <p>*Wird noch beantwortet.</p>
<p><i>Versorgungsstrukturen</i></p> <p>Wie sieht das Ministerium die Zukunft der Versorgung des ländlichen Raums im Bereich der stationären Behandlung?</p> <p>Welche Kriterien werden</p>	<p><u>Zukunft der Versorgung im ländlichen Raum:</u></p> <p>Die dauerhafte Sicherstellung der medizinischen Qualität und der wirtschaftlichen Leistungserbringung hat vor allem im ländlichen Raum besondere Bedeutung. Allgemeine und häufige Leistungen, wie z. B. im internistischen, chirurgischen und gynäkologischen Bereich sollen weiterhin wohnortnah erbracht werden. Seltene Leistungen, Leistungen mit hohem Spezialisierungsgrad oder Leistungen, die hohe Vorhaltekosten verur-</p>

<p>hier angesetzt?</p> <p>Welche Rolle spielt zum Beispiel die Entfernung zur nächsten Klinik?</p> <p>Wie kann die wohnortnahe, ärztliche Versorgung im stationären Bereich sichergestellt werden, wenn die kleinen Kliniken geschlossen werden wegen Defiziten im Budget?</p> <p>Diese Diskussion wird z. B. im Bereich der Geriatrischen Reha Kliniken geführt. Wie sieht hier das weitere Vorgehen aus?</p> <p>Wird in der Umsetzung auch auf kreisübergreifende Regelungen geachtet?</p>	<p>sachen, sollen stärker konzentriert werden und werden in der Folge ortsferner angeboten. Je nach Entwicklung des Leistungsgeschehens ist es auch nicht ausgeschlossen, dass im Einzelfall bisher vorhandene Krankenhäuser oder Fachabteilungen aufgegeben werden müssen. Hier wird das Sozialministerium die Umstrukturierung kleiner, nicht mehr für die akutstationäre Versorgung benötigte Krankenhausstandorte in ambulant eingerichtete Gesundheitszentren oder medizinische Versorgungszentren unterstützen.</p> <p>Bei planbaren Operationen ist heute für Bürgerinnen und Bürger aufgrund der hervorragenden Infrastruktur in Deutschland die Entfernung kein ausschlaggebendes Kriterium mehr. Entscheidender ist, welcher Gesundheitsdienstleister die beste und fortschrittlichste Versorgung anbieten kann, um als Patient optimal behandelt zu werden. Dafür werden sehr große Entfernungen in Kauf genommen, mit steigender Tendenz.</p> <p>Entscheidender ist das Kriterium Entfernung in der Notfallversorgung. Sichergestellt sein muss deshalb die Notfallversorgung, eine 24 Stunden-Bereitschaft und der Rettungsdienst. Ebenso wird es immer wichtiger werden, dass die Krankenhausträger kooperativ zusammenarbeiten und gemeinsame Leistungsschwerpunkte abstimmen und einen Konkurrenzkampf vermeiden.</p> <p>Auch der Einsatz der Telemedizin wird zukünftig immer wichtiger werden und einen Beitrag dazu leisten, dass eine ortsnahe medizinische Versorgung weiterhin zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen angeboten werden kann.</p> <p><u>Beispiel Geriatrische Rehabilitationskliniken:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Die Stärke der altersmedizinischen Versorgung in Baden-Württemberg liegt in der geriatrischen Rehabilitation.• Wir wollen daher die geriatrische Rehabilitation als wesentliches Behandlungsangebot
---	---

	<p>für geriatrische Patienten nachhaltig sichern.</p> <ul style="list-style-type: none">• Um die Kräfte im Land zu bündeln, arbeiten wir derzeit an der Fortentwicklung des vor 20 Jahren aus der Taufe gehobenen Geriatriekonzeptes. <p>Die Sicherstellung der Versorgung mit Rehabilitationskliniken liegt in der Verantwortung der Krankenkassen als Kostenträger. Sie unterliegt damit nicht der Krankenhausplanung des Landes. Auch handeln die Reha-Kliniken die Pflegeentgelte auf dem Vertragsweg frei aus und müssen sich daher im Wettbewerb behaupten.</p> <p><u>Landkreisübergreifende (regionale) Konzeptionen:</u></p> <p>Stadt- und landkreisübergreifende Versorgungskonzeptionen sind entsprechend dem regionalen Angebot und Bedarf anzustreben.</p>
<p><i>Versorgung allgemein</i></p> <p>Wie kann sichergestellt werden, dass alternative Therapiemöglichkeiten stärker berücksichtigt/anerkannt werden (Krankenkasse, Forschung und Therapie)?</p>	<p>Über die Anerkennung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der Gesetzlichen Krankenversicherung – auch solche der Alternativ- oder Komplementärmedizin – wacht der sog. Gemeinsame Bundesausschuss (GBA). Eine Verordnung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen (z. B. Homöopathika, Anthroposophika etc.) scheitert häufig daran, dass diese nicht verschreibungspflichtig sind und damit lediglich in Ausnahmefällen zu Lasten der GKV verordnet werden dürfen. Einzelne Krankenkassen bieten die Versorgung mit diesen Arzneimitteln aber als besondere Satzungsleistung an.</p> <p>Eine grundsätzliche für die Zukunft zu beantwortende Frage ist, wie man methodisch in den entscheidenden Gremien (GBA, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) mit den besonderen Therapierichtungen umgeht, um deren Besonderheiten zu berücksichtigen und dem gesetzlichen Gebot der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen.</p> <p>Baden-Württemberg hat sich im Bundesrat für die therapeutische Vielfalt stark gemacht.</p>

<p><i>Finanzierung</i></p> <p>Wie können finanzielle Ströme innerhalb eines Betroffenen-zentrierten und bezahlbaren Gesundheitssystems so gesteuert werden, dass die Nachhaltigkeit in Bezug auf Heilung und Krankheit gewährleistet ist?</p>	<p><u>Nachhaltigkeit in der Finanzierung:</u></p> <p>Die Frage nach einer nachhaltigen Finanzierung der Krankenversicherung bei gewohnt hohem, medizinischem Leistungsniveau gehört sicherlich zu schwierigsten Aufgaben, die die Gesundheitspolitik lösen muss. Die demografische Entwicklung und insbesondere der medizinische Fortschritt werden auch weiterhin zu Ausgabenzuwächsen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) führen, die tendenziell über den Einnahmewachsen liegen. Dies führt zu einem strukturellen Defizit in der GKV, das dem Gedanken der Nachhaltigkeit zuwider läuft. Die gegenwärtigen Überschüsse sind ein vorübergehendes Phänomen und sollten über diese grundsätzliche Problematik nicht hinwegtäuschen. Will man die GKV bei gleichbleibend hohem Leistungsniveau nachhaltig finanzieren, wird es notwendig sein, die Einnahmeseite der GKV zu stärken. Möglich wäre dies durch die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten neben dem Lohneinkommen, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze oder die Einbeziehung weiterer Personengruppen in die GKV.</p>
<p><i>Transparenz</i></p> <p>Wie kann Transparenz im Gesundheitswesen hergestellt werden?</p> <p>(Zugang zu Qualitätsdaten, Möglichkeit zum mündigen Bürger)</p>	<p><u>Transparenz und Qualität:</u></p> <p>Die Einbeziehung der Bürgerinnen und Bürger in die Gesundheitsversorgung ist ein erster Schritt in Richtung Transparenz des Gesundheitswesens. Veranstaltungen wie der Bürgerdialog sind der Weg, den die Landesregierung hierzu geht. Auf einer anderen Ebene dient die konsequente Beteiligung von Patientenvertretern in den Fachgremien des Landes (z. B. sektorenübergreifender Beirat) diesem Ziel. Dem einzelnen Patienten, der vor wichtigen Entscheidungen zu seiner Gesundheit steht, hilft dies jedoch nicht unmittelbar weiter. Er braucht einen Ansprechpartner, der ihm die wichtigsten Informationen in für Laien geeigneter Weise aufbereitet. Dies ist grundsätzlich der Auftrag der Krankenkassen und des Hausarztes. Auch</p>

Einrichtungen wie die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), die sich als Wegweiser und Lotse durch das Gesundheitssystem versteht, sind hier wichtige Partner. Weitere Informationen unter: <http://unabhaengige-patientenberatung.de/startseite.html>

Hinsichtlich des Krankenhausbereichs sind umfangreiche Qualitätsdaten der Krankenhäuser zugänglich: Seit dem Jahr 2005 sind Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, regelmäßig Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Im Internet findet man die gesetzlichen **Qualitätsberichte** aller ca. 2.000 deutschen Krankenhäuser in der Regel über die Internetseiten der Krankenkassen und ihrer Verbände sowie über die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Patientenorganisationen. Dort werden sogenannte „Kliniksuchmaschinen“ angeboten. Darin kann man Krankenhäuser z. B. über ihren Namen oder den Ort auswählen.

Auf der Internetseite des GBA wird unter <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetsversicherung/qualitaetsbericht/> eine Hilfestellung für das Verständnis der Qualitätsberichte angeboten.

Die Geschäftsstelle für Qualitätssicherung im Krankenhaus (GeQuiK) betreut und organisiert Qualitätssicherungsmaßnahmen in der stationären Krankenhausbehandlung. Die baden-württembergischen Krankenhausträger müssen der GeQuiK dafür alle Daten über die stationäre Versorgung melden. Die Ergebnisse werden seit 2006 in Statistiken und in Berichten veröffentlicht. Auswertungen stehen im Internet auf der Homepage <http://www.geqik.de/> zur Verfügung.

Das Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) überprüft seit 2004 Vor- und Nachteile medizinischer Leistungen für Bürgerinnen und Bürger und erstellt unabhängige, evidenzbasierte (beweisgestützte) Gutachten. Informationen für interessierte Bürger und Fachleute sind unter dem Link <http://www.iqwig.de/> zu finden.

Patientenzentrierung

Die Wirtschaftlichkeit lenkt das Handeln und Denken in der Medizin (speziell in den Kliniken). Wie gedenkt die Landesregierung den Patienten wieder in den Mittelpunkt zu rücken? (Frage nach den leitenden Werten)

Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist die Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung. Eine der Voraussetzungen für dieses Vertrauen ist die Unabhängigkeit des Arztes. Diese Unabhängigkeit ist durch kommerzielle Fehlanreize teilweise in Frage gestellt.

Da die Personal- und Sachkostensteigerungen nicht adäquat durch die Anpassung der Krankenhausbehandlungserlöse aufgefangen werden (Problem „voller Orientierungswert“), sind die Krankenhäuser bestrebt die Fallzahlen laufend zu erhöhen. Dieser Ansatz wird von den Geschäftsleitungen häufig auch direkt an die Krankenhausärzte weiter gegeben. Höhere Fallzahlen im Krankenhaus sind aber auch durch den steigenden Behandlungsbedarf der älter werdenden Bevölkerung und den medizinischen Fortschritt bedingt.

Der ökonomische Druck in der Krankenhausversorgung kann sicher durch eine auskömmliche Betriebskostenfinanzierung aufgefangen werden; die Landesregierung hat sich daher im Bundesrat wiederholt für eine deutliche Verbesserung der Erlössituation der Krankenhäuser eingesetzt.

Die Fehlanreize im Krankenhausfinanzierungssystem sind zu beseitigen; die ökonomischen Anreize, die das derzeitige DRG-System setzt, sind zu hinterfragen. Dabei sind Anpassungen an vielerlei Stellen denkbar. Die Vergütung einer DRG könnte zum Beispiel mit der Fallzahl variieren; regionale und strukturelle Besonderheiten, die durch die Lage des Krankenhauses bedingt sind, könnten im Vergütungssystem berücksichtigt werden

Wir sind der Auffassung, dass verstärkt eine werteorientierte Patientenversorgung in den Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung zu stellen ist.

<p><i>Patientenzentrierung</i></p> <p>Wie kann das Übermaß an Verwaltungsarbeit und die "Dokumanie" reduziert werden, zu Gunsten von mehr Zeit für und am Patienten?</p>	<p><u>Verwaltungsarbeit und Dokumentation:</u></p> <p>Die von niedergelassenen Ärzten zu leistenden Verwaltungstätigkeiten dienen verschiedenen Zielen, insbesondere aber der Qualitätssicherung der Behandlung des Patienten. Grundsätzlich ist im Interesse der Transparenz und der Patientensicherheit ein gewisses Maß an Dokumentation nicht vermeidbar. Wichtig ist es jedoch ein „Ausufer“ in diesem Bereich zu verhindern und einzelne Vorgänge kritisch zu hinterfragen. Ein Schritt in die richtige Richtung – auch vor dem Hintergrund des großen verwaltungstechnischen Aufwandes in den Praxen – ist beispielsweise die Abschaffung der Praxisgebühr.</p> <p>Die Dokumentation, beispielsweise im Krankenhausbereich, ist notwendig und dient sowohl der Qualitätssicherung als auch der rechtlichen Absicherung für Patient und Arzt.</p>
<p><i>Patientenberatung</i></p> <p>Inwieweit kann die unabhängige Patientenberatung:</p> <ol style="list-style-type: none">1. bekannter gemacht und2. aufgewertet werden?	<p><u>Unabhängige Patientenberatung (UPD):</u></p> <p>Die hohe Nachfrage nach dem Beratungsangebot der UPD belegt, dass die UPD mittlerweile fest etabliert und weiten Teilen der Bevölkerung bekannt ist. Das Sozialministerium bemüht sich seinerseits mit den hier zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, das Angebot der UPD (noch) bekannt(er) zu machen. Die UPD wurde bereits insoweit aufgewertet, als sie nach zehnjähriger Modellphase seit dem 1. Januar 2011 gesetzlich fest als Bestandteil der Regelversorgung verankert wurde. Baden-Württemberg hat sich darüber hinaus für eine Aufstockung der Mittel zur Finanzierung der UPD stark gemacht, da der immense Beratungsbedarf mit den zur Verfügung stehenden Mitteln nur unzureichend abgedeckt werden kann. Beratungsstellen gibt es in Stuttgart und Karlsruhe – weitere Informationen unter:</p> <p>http://unabhaengige-patientenberatung.de/startseite.html</p>

Seelische Gesundheit

Was können Sie dafür tun, dass das Angebot an psychotherapeutischer Behandlung ausgeweitet und verbessert wird in Bezug auf spezielle Behinderungen bzw. Krankheiten?

Für den Bereich der niedergelassenen Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten ist die Kassenärztliche Vereinigung der Ansprechpartner, wenn es darum geht, Therapeutinnen und Therapeuten zu finden, die für bestimmte seelische Störungen besonders kompetent sind.

Menschen mit z. B. geistiger Behinderung haben es oft schwer, geeignete Psychotherapeutinnen oder -therapeuten zu finden; die Landespsychotherapeutenkammer versucht deshalb gegenwärtig, sich genauer ein Bild davon zu machen, wie Angebot und Bedarf sich in Baden-Württemberg zueinander verhalten.

Für Menschen mit körperlichen Behinderungen, die oft auch einen Bedarf an Psychotherapie haben, ist ein barrierefreier Zugang wichtig.

Für Menschen mit seelischen Behinderungen sind die Sozialpsychiatrischen Dienste neben Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine wichtige Beratungsstelle – es ist deshalb auch ein wichtiges Anliegen des Sozialministeriums, deren Arbeit langfristig auf eine solide Basis zu stellen.

Das Land steht in besonderer Verantwortung für die Zentren für Psychiatrie. Hier hat sich ein sehr differenziertes Angebot im stationären und teilstationären Bereich herausgebildet, das den Grundsatz gemeindenaher Versorgung mit der fachlichen Spezialisierung immer besser in Einklang bringt. Ein Beispiel sind die seit vielen Jahren erfolgreich arbeitenden Depressionsstationen.

<p><i>Seelische Gesundheit</i></p> <p>Wie kann die Landesregierung die Versorgung im psychiatrischen/ psychotherapeutischen Bereich sicherstellen?</p> <p>Wann wird der Bedarfsplan von 1999 aktualisiert?</p>	<p><u>Bedarfsplanung für die Versorgung:</u></p> <p>Die Sicherstellung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung liegt in den Händen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg. Nach den derzeit noch geltenden bedarfsplanungsrechtlichen Grundlagen sind alle Planungsbereiche für Neuzulassungen in der Gruppe der Psychotherapeuten gesperrt. 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.</p>
<p><i>Prävention</i></p> <p>Welche Maßnahmen plant die Landesregierung zu ergreifen, um Krankheiten künftig zu vermeiden, besonders in folgenden Themenbereichen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pestizidverbot, Nahrungsergänzungstoffe	<p><u>Gesundheitspolitische Maßnahmen:</u></p> <p>Ein großes Problem heute sind die chronischen Erkrankungen, insbesondere die „Volkskrankheiten“ wie Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Um diesen Erkrankungen wirksam begegnen zu können, ist eine Neuausrichtung der Gesundheitspolitik notwendig, die Gesundheitsförderung und Prävention stärkt.</p> <p>Mit der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg – „Gesundheit in allen Lebensbereichen“ hat sich die Landesregierung dieser Herausforderung gestellt. Die Gesundheitsstrategie zielt darauf ab, in allen Lebensphasen und Lebenswelten die Gesundheit der Menschen im Land</p>

- **Erziehung zur gesunden Ernährung,**
- **Mobilfunk Strahlung,**
- **die verpflichtende Vorsorge-Untersuchung für Kinder.**
- **Präventionsmaßnahmen gem. § 20 SGB V**

zu fördern.

Weitere Informationen unter: http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/de/Gesundheitsstrategie_Baden-Wuerttemberg/259215.html

Pestizidverbot, Nahrungsergänzungstoffe

Informationen zu diesen Fragen finden sie auf der Homepage des Ministerium für ländlichen Raum und Verbraucherschutz unter der Rubrik Lebensmittel und Ernährung:

http://www.mlr.baden-wuerttemberg.de/Lebensmittel_und_Ernaehrung/68692.html

und dem Verbraucherportal Baden-Württemberg unter

http://www.verbraucherportal-bw.de/servlet/PB/menu/2937080_11/index.html

Erziehung zur gesunden Ernährung

Interventionen zur Vermeidung oder Verringerung von Übergewicht und Adipositas müssen auf verschiedenen Ebenen alters-, gender-, sozialogen- und kultursensibel ansetzen. Vom **Sozialministerium** wurde deshalb gemeinsam mit dem Gesundheitsforum Baden-Württemberg 2008 die Initiative „Gesund aufwachsen – Kommunale Netzwerke für Ernährung und Bewegung“ gestartet. Mit Unterstützung des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg und gefördert von der Robert-Bosch-Stiftung sind inzwischen 20 Kommunen an der Initiative „**Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg**“ beteiligt. Zentrales Anliegen ist die Förderung der Gesundheit und Lebensqualität von Kindern, Familien und älteren Menschen durch Änderungen im Lebensstil und in den Lebensräumen. Das Handlungsfeld „Gesund aufwachsen“ wurde im Jahr 2011 als Gesundheitsziel im Rahmen der

Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg aufgenommen.

Weitere Informationen unter:

<http://www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Netzwerke/Gesund-aufwachsen-in-BW/Seiten/default.aspx>

Ministerium für Kultus, Jugend und Sport

Bereits jetzt finden die Themenfelder Gesundheit, Bewegung und Ernährung im Bildungsplan der allgemein bildenden Schulen über alle Schularten hinweg angemessene Berücksichtigung. Mit dem flächendeckenden Ausbau des neuen landesweiten Präventionskonzept "stark.stärker.WIR." des Kultusministeriums, das Gewaltprävention, Suchtprävention und Gesundheitsförderung unter ein gemeinsames Dach stellt. Vor dem Hintergrund, dass sich Schulen vom Lernort zum Lebensort der Kinder und Jugendlichen weiter entwickeln, ist es konsequent, dass auch die Bedeutung der Themen Gesundheit, Bewegung und Ernährung zunimmt.

Weitere Informationen unter:

<http://www.kultusportal-bw.de/servlet/PB/menu/1357048/index.html>

Das **Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz** unterstützt den gesamten Bildungsbereich zu Ernährungsthemen mit seinen beiden Landesinitiativen „BeKi-Bewusste Kinderernährung“ und „Blickpunkt Ernährung“ seit vielen Jahren. Jährlich werden darüber rund 7.000 Veranstaltungen durchgeführt für Kinder, Eltern und in den letzten Jahren zunehmend auch Fortbildungsveranstaltungen für Lehrkräfte (z. B. über den aid Ernährungsführerschein), die aufgrund ihrer Alltagstauglichkeit und Praxisorientierung eine sehr positive Resonanz finden. Weitere Informationen unter: www.beki-bw.de

Das Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz hat zudem über die Ernährungszentren im Rahmen der Initiative „Komm in Form“ bereits etwa 100 Jugendbegleiter Ernährung qualifiziert, die nun von den Schulen landesweit für die Durchführung von Ernährungskursen und Aktionen in Anspruch genommen werden können.

Mobilfunk Strahlung

Unter Vorsorgeaspekten verfolgt die Landesregierung, entsprechend dem Koalitionsvertrag, das Ziel einer Minimierung der Belastung durch elektromagnetische Felder.

Sie setzt sich für eine Absenkung der bestehenden Grenzwerte im Rahmen der Novellierung der 26 Bundesimmissionsschutzverordnung (BImSchV) ein und wird versuchen dieses Ziel ggf. in einem Bundesratsverfahren zu erreichen.

Vorsorge-Untersuchung für Kinder

Die Teilnahme an allen Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9 (incl. U7a) sowie J1) ist Pflicht (§ 1, Absatz 1 Kinderschutzgesetz Baden-Württemberg vom März 2009, ebenso die Vorlage des U-Heftes bei der ESU (§ 2, Absatz 3, Schuluntersuchungsverordnung).

Laut § 1 Absatz 3 Kinderschutzgesetz weisen die Gesundheitsämter auf die nach Absatz 1 bestehende Verpflichtung zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche hin.

Nach § 2 Absatz 1 Kinderschutzgesetz Baden-Württemberg gilt: „Werden Früherkennungsuntersuchungen versäumt und kann die nächste reguläre Früherkennungsuntersuchung nach den Toleranzgrenzen der Kinderrichtlinien (Anlage 9) erst in einem Monat oder später erfol-

gen, so sind die Personensorgeberechtigten verpflichtet, die letzte für die Altersstufe des Kindes vorgesehene Früherkennungsuntersuchung nachholen zu lassen. Sie können hierzu ihr Kind dem für sie zuständigen Gesundheitsamt vorstellen.“

Präventionsmaßnahmen gemäß § 20 SGB V

Nach dem Sozialgesetzbuch sollen die gesetzlichen Krankenkassen Leistungen zur Primärprävention vorsehen. Mit dem GKV-Leitfaden Prävention legt der GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene die inhaltlichen Handlungsfelder und qualitativen Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung fest (§§ 20 und 20a SGB V), die für die Leistungserbringung vor Ort verbindlich gelten. Der Leitfaden bildet die Grundlage, um die Versicherten zu unterstützen, Krankheitsrisiken möglichst frühzeitig vorzubeugen und ihre gesundheitlichen Potenziale und Ressourcen zu stärken. Maßnahmen, die nicht den in diesem Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht im Rahmen von § 20 und § 20a SGB V durchgeführt oder gefördert werden.

<p><i>Rolle der medizinischen Fachkräfte</i></p> <p>Wie kann die Rolle der medizinischen Fachkräfte als Case-Manager/Koordinatoren im ambulanten Versorgungsbereich für komplexe Erkrankungen gestärkt und etabliert werden?</p>	<p>Die Funktion eines Case-Managers können medizinische Fachkräfte im Wege der Delegation ärztlicher Leistungen wahrnehmen. Diese Delegation wird schon seit Jahren diskutiert und ist im Rahmen der – relativ engen – bundesrechtlichen Vorgaben bereits jetzt möglich. Für weitergehende Lösungen bedarf es der Bereitschaft des Bundesgesetzgebers zur Änderung gesetzlicher Regelungen.</p> <p>Die geplante Weiterentwicklung und Zusammenführung der Pflegeberufe zu einem generalistischen Pflegeberuf bietet die Möglichkeit für eine breiter angelegte Ausbildung. Dadurch kann sich die Chance ergeben, dass Pflegekräfte auch im ambulanten Bereich in stärkerem Umfang als bisher neben der pflegerischen Betreuung im engeren Sinne auch die längerfristige Begleitung von Patienten und die Koordination von Behandlungsabläufen übernehmen können.</p>
<p><i>Angehörigenbetreuung bei Organspenden</i></p> <p>Wie kann eine finanzielle Unterstützung für ein qualifiziertes Beratungsangebot für Familien sichergestellt werden, die vom plötzlichen Tod eines Angehörigen betroffen sind?</p>	<p>Auch aus Sicht des Sozialministeriums ist die Angehörigenbetreuung im Zusammenhang mit der Organspende ein wichtiges Thema. Deswegen wird sich auch das Aktionsbündnis Organspende Baden-Württemberg, ein Expertengremium aus Vertretern aller an der Organspende und -transplantation beteiligten Institutionen sowie der Patientenorganisationen, dem Thema Angehörigenbetreuung annehmen.</p> <p>Weitere Informationen unter: http://www.organspende-bw.de/</p> <p>Für die Akutphase gilt zunächst, dass die Betreuung von Angehörigen Aufgabe jedes Krankenhauses ist. Zu einer hohen Qualität bei der Patientenbetreuung gehört auch eine gute Angehörigenbetreuung. Das gilt im Zusammenhang mit einer Organspende in besonderem</p>

Die Begleiter müssen in Trauer und Trauma geschult sein, müssen aber nicht unbedingt Psychologen sein, was hilft Kosten einzusparen.

Die spezielle Forderung geht dahin, eine finanzielle Unterstützung für die Begleitung von Hinterbliebenen von Organspendern sicherzustellen. Speziell für Eltern von jungen Menschen, die sich mit vielen Ängsten und Fragen konfrontiert sehen, z. B. beim plötzlichen Unfalltod eines Kindes. Während für die Werbung für neue Organspender sehr viel Geld investiert wird, gibt es für die Hinterbliebenen der Spender bis jetzt weder eine neutrale Begleitung während des Entscheidungsprozesses, noch eine stabilisierende Begleitung in der Zeit danach.

Maße. Wichtig ist eine entsprechende Schulung des Krankenhauspersonals. Dazu bietet die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) Fortbildungen für ärztliches und pflegerisches Intensivpersonal zur Angehörigenbetreuung im Rahmen von Organspenden an und trägt teilweise die Kosten dieser Fortbildung. Ergänzend ist zu erwähnen, dass das Sozialministerium im Rahmen der Investitionsförderung von Krankenhäusern auch beispielsweise Trauer- oder Andachtsräume fördert.

Für die langfristige Betreuung bietet die DSO Angehörigen von Organspendern außerdem ein Nachsorgeprogramm mit regelmäßigen Treffen an. In diesem Rahmen ist z. B. auch ein anonymisierter schriftlicher Austausch zwischen Angehörigen von Organspendern und den Organempfängern möglich.