

Erster Landesgesundheitsdialog Baden-Württemberg

am 19. Oktober 2012 im Haus der Wirtschaft

Zusammenfassung* und Ergebnisse der Expertenforen

Prof. Dr. Dr. Ortwin Renn, Universität Stuttgart

Protokoll: Dr. Gisela Wachinger, Moderatorinnen und Moderatoren der Expertenforen

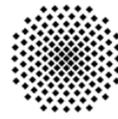
Im Folgenden soll ein Überblick über die drei Veranstaltungen des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg am 29.09.2012 und am 19.10.2012 gegeben werden: Das Bürgerforum zur Vorbereitung der Fragen an Frau Ministerin Katrin Altpeter MdL am 29.9.2012 und der Bürgerdialog mit der Ministerin am Vormittag des 19.10.2012, sowie die Expertenforen am Nachmittag des 19.10.2012.

Zum Bürgerforum wurden mit Flyern in den Arztpraxen, Selbsthilfegruppen und über das Internet alle interessierten Bürgerinnen und Bürger eingeladen. Sie sollten die Zeit haben, an beiden Veranstaltungen (Bürgerforum und Dialog) teilzunehmen. Beim ersten Bürgerforum haben rund 60 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in vier moderierten Arbeitsgruppen von ihren Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem in Baden-Württemberg berichtet und darauf basierend Fragen formuliert. Die sehr konstruktive Diskussion in den Arbeitsgruppen und auch die Abschlusspräsentation der Ergebnisse im Plenum haben gezeigt, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus unterschiedlichen Kontexten jeweils ähnliche Erfahrungen machen: Sowohl die Patientinnen und Patienten, als auch die Selbsthilfegruppen der Betroffenen und die im Gesundheitswesen Tätigen (Pfleger, Therapeuten und Ärzte) berichteten von der zunehmenden Schwierigkeit, das Wohl des Einzelnen mit dem finanziellen und organisatorischen Druck in Einklang zu bringen.

Auf den guten und schlechten Erfahrungen basierend formulierten die Teilnehmenden Fragen an die Ministerin. Alle Fragen wurden als Teil des Protokolls festgehalten (siehe Anlage 2). Einige der Fragen konnten mit Experten des Sozialministeriums nachmittags vor Ort in den Arbeitsgruppen diskutiert werden. Aus allen gesammelten Fragen haben die Arbeitsgruppen Fragenkomplexe ausgewählt, die bei der Veranstaltung am 19.10.2012 an die Ministerin gestellt wurden (siehe Anlage 1). Dafür wurden am 29.09.2012 aus den Gruppen Sprecherinnen und Sprecher gewählt, die diese Fragen am 19.10.2012 vortrugen.

Zu den weiteren gesammelten Fragen, die im Gespräch mit der Ministerin noch nicht beantwortet werden konnten, erfolgt eine Beantwortung durch die zuständigen Expertinnen und Experten im Ministerium. Die Antworten erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmern – wie bereits am 29.09.2012 angekündigt – zu einem späteren Zeitpunkt persönlich per email. Alle Fragen, auch die per Mail oder Post übermittelten, werden im Gesamtprotokoll nach der Veranstaltung am 19.10.12 dokumentiert und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zugesandt.

*Anmerkung: Zusammenfassung ohne die Anlagen 1 und 2; diese werden auf der Homepage des Sozialministeriums unter Gesundheitsdialog eingestellt.



In allen drei Veranstaltungen kamen Themenfelder zur Sprache, die Professor Dr. Dr. h.c. Renn in sieben Punkten zusammengefasst hat:

1. Der Transfer von einem krankheitsorientierten zu einem patientenorientierten System

Dazu wurden folgende Ansätze diskutiert: Eine Änderung der Abrechnungsart, die Verbesserung der Vor- und Nachbehandlung der Patienten (damit auch die Themen Prävention und Rehabilitation) und die Überwindung der Fragmentierung im Gesundheitssystem.

2. Die örtliche Gleichbehandlung

Das Entstehen von „Versorgungswüsten“, besonders auf dem Land, wurde thematisiert und mögliche Wege diskutiert, diese zu vermeiden und zu einer ortsnahe Versorgung zu kommen.

3. Die Vernetzung

Es sollte die Funktion des Hausarztes oder eines anderen Ansprechpartners als Lotse oder Pate gestärkt werden. Eine Stelle sollte die verschiedenen stationären und ambulanten Dienste vermitteln können, zu diesen gehören Apotheker, Fachärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser, und Selbsthilfegruppen. Sowohl professionelle, als auch ehrenamtliche Dienste sollten mit einbezogen werden.

4. Der zeitliche Aspekt der Krankenversorgung

Das Management der Wartezeiten kann noch verbessert werden. Es geht um lange Wartezeiten bis zu einem Diagnose-, Behandlungs- oder Nachbehandlungstermin, oder auch um die im Wartezimmer verbrachte Zeit. Wie viel Zeit bleibt für das Patientengespräch? Ein Zeitdauer-Management als Gesamtkonzept, auch für die Vor- und Nachbehandlung, wurde angedacht.

5. Die transparente Struktur

Die Transparenz wurde auf drei Ebenen angesprochen:

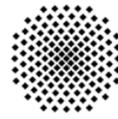
- a) Patienten wollen sich selbst über ihre Krankheiten informieren können.
- b) Die Versorgungsstrukturen sollen für die Bürger transparent sein.
- c) Informationen über alle verschiedenen Dienste sollen für Patienten barrierefrei im Internet zugänglich sein.

6. Selbsthilfegruppen

Die Patienten-Selbsthilfegruppen befinden sich in einer Krise. Sie brauchen Unterstützung und Anerkennung. Obwohl sie vermehrt hinzugezogen werden und Teil des Gesundheitssystems sind, fehlt ihnen der Nachwuchs. Das alte Vereinsprinzip hat ausgedient, neue Strukturen werden notwendig.

7. Pilotprojekte

Es gibt zwar einige Modellprojekte zur sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung, diese sind aber nur punktuell wirksam und werden zu wenig in der Fläche umgesetzt. Eine Evaluierung der flächendeckenden Übertragung sollte angeregt werden.



Die Ergebnisse der einzelnen Expertenforen zu Versorgungsfragen wurden von den jeweiligen Leitern und Moderatorinnen wie folgt zusammengefasst:

Forum 1: Schmerzversorgung

Leitung: Prof. Dr. Hubert Bardenheuer, Universitätsklinikum Heidelberg

Experten (Impulsvortrag):

Prof. Dr. Hubert Bardenheuer („Ein Erfolgsmodell in der Schmerzversorgung“)

Dr. Kristin Kieselbach, Interdisziplinäres Schmerzzentrum Freiburg („Öffentlichkeitsarbeit im Bereich Schmerzversorgung“)

Marianne Lücking, Interdisziplinäres Schmerzzentrum Freiburg („Bedeutung der Psychotherapie in der Schmerztherapie“)

Moderation und Protokoll: Ute Kinn und Sophia Alcántara

Analog zu den Impulsvorträgen diskutierte die Expertengruppe im Wesentlichen drei Schwerpunkte im Hinblick auf ihre Stärken, Schwächen und mögliche Verbesserungsvorschläge:

1. Versorgungsstrukturen/Schmerzzentren
2. Öffentlichkeitsarbeit
3. Bedeutung der Psychotherapie als Teil der Schmerztherapie

Dabei stand die Frage im Vordergrund, wie eine größere Anzahl von Patienten schneller mit einer Schmerztherapie versorgt werden kann.

Forum 2: Palliativversorgung

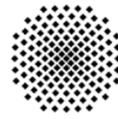
Leitung: Prof. Dr. Walter Aulitzky, Robert Bosch Krankenhaus Stuttgart, Krebsverband Baden-Württemberg

Moderation und Protokoll: Dr. Gisela Wachinger und Regina Schröter

Prof. Dr. Aulitzky stellt die Ziele für die Palliativversorgung vor, die in der Hospiz- und Palliativversorgungskonzeption für Baden-Württemberg genannt werden. Die Teilnehmer werden gebeten, die Ziele zu ergänzen und Defizite in der Konzeption aufzuzeigen. Im Anschluss wurden die Ziele mit Hilfe einer Punkteabfrage priorisiert und zu den drei Zielen, bei denen der größte Handlungsbedarf besteht, Maßnahmen erarbeitet.

Folgende Fragen wurden gestellt:

- Wo haben wir die Ziele erreicht?
- Was ist noch nicht abgedeckt von den Zielen?
- Wo sind wir von den Zielen noch am weitesten weg?
- Welche zusätzlichen Ziele sollen ergänzt werden?



Als zusätzliches und zugleich prioritäres Ziel (Ziel 7) wurde die Einrichtung eines „Kriseninterventionsteams“ genannt. Die spezielle ambulante Palliativversorgung kann nur etwa 10% der Patienten versorgen, die eine palliative Behandlung benötigen. Es ist zudem ein längerer bürokratischer Prozess, diese Versorgung zu beantragen. In Notfallsituationen fehlen konkrete Ansprechpartner, die sowohl von Ärzten und Pflegekräften, als auch von Patienten oder Angehörigen direkt angerufen werden können. Solche Ansprechpartner könnten auch die Brückenversorgung sicherstellen, in die die psychosoziale Versorgung vermehrt eingebunden werden sollte.

Diskutiert wird unter den Teilnehmern, ob bereits alle Voraussetzungen für ein solches Kriseninterventionsteam (gesetzliche Regelungen, case-manager-System, Mischfinanzierung, Experten) in ausreichendem Maße vorhanden wären. Es gibt jedenfalls den Bedarf bestehende Systeme (case manager) mit Ressourcen auszustatten, so dass eine Person als Ansprechpartner für alle weiteren Leistungen fungieren kann. In einem Modellprojekt könnten Finanzierbarkeit, Organisation und die Wahrnehmung in der Öffentlichkeit eines solchen Kriseninterventionsteams geprüft werden.

Für zwei weitere Ziele wurden konkrete Maßnahmen formuliert, die aufgrund der Kürze der Diskussionszeit nur erste Anregungen sein können:

Für die Vernetzung der AAPV (Allgemeine Ambulante Palliativversorgung) und der SAPV (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung) und der SAPV (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung) (Ziel 3) sollte eine zentrale Koordinierungsstelle eingerichtet werden. Psychosoziale Experten, spirituelle Hilfe, ehrenamtliche Helfer und speziell Selbsthilfegruppen sollten vermehrt eingebunden werden.

Das Ziel der pädiatrischen Palliativversorgung (Ziel 4) kann nur durch die Einrichtung von Helferteams, die konstant zur Verfügung stehen erreicht werden. Da die Fallzahlen bei Kindern niedrig sind, muss über eine Budgetlösung bei der Honorierung nachgedacht werden. Allgemein ist es ein Anliegen der Teilnehmer, dass in der Palliativversorgung über Alternativen zur Einzelleistungsbezogenen Honorierung nachgedacht wird.

Forum 3: Geriatrische Versorgung

Leitung: Herr Dr. Andreas Marg, Sozialministerium, Referat Pflege

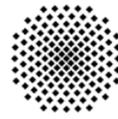
Moderation und Protokoll: Ilse Erzigkeit und Sylvia Hiller

Herr Dr. Marg beendete seinen Impulsvortrag mit dem Titel „Das Geriatrie-Konzept in Baden-Württemberg und seine Aktualisierung“ mit zwei Fragen als Grundlage für die weitere Diskussion.

1. Frage: Was würden Sie als Patient von einer guten altersmedizinischen Versorgung erwarten?

Die wesentlichen Diskussionsbeiträge bezogen sich auf die folgenden Inhalte:

- Die Versorgung sollte flächendeckend, integrativ und sektorenübergreifend sein.
 - Die kommunalen Strukturen der geriatrischen Versorgung sollten zu einem case-management zusammengefasst werden (dazu gehören Hausarzt, stationäre Kliniken, Rehakliniken und Pflegeeinrichtungen).



- Der Hausarzt sollte als Lotse für geriatrischen Patient fungieren.
- Zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren sollte es mehr Transparenz geben.
- Die medizinische und die pflegerische Versorgung sollten gemeinsam betrachtet werden.
- Die Selbstbestimmung der Patienten sollte im Vordergrund stehen.
- Heimärzte können als festangestellte Ärzte in Pflegeheimen zur Erhöhung der Behandlungssicherheit beitragen, eine Rufbereitschaft von Hausärzten für Pflegeheime hilft bei der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen.
- Patienten sollten nicht differenziert nach ihrem Alter betrachtet werden, sodass auch im hohen Alter eine gute medizinische Versorgung gewährleistet wird.
- Die optimale Hilfsmittelversorgung sollte zu Lasten des Gesundheitssystems und nicht zu Lasten der Privatpersonen erfolgen.
- In Krankenhäusern sollten beschützte Bereiche für in der Orientierung gestörte Patienten eingerichtet werden (z.B. Demenzkranke).

2. Frage: Welche Expertise benötigen Ihres Erachtens in der Geriatrie tätige Berufsgruppen? Die wesentlichen Diskussionsbeiträge bezogen sich auf die folgenden Inhalte:

- Lehrstühle für Geriatrie (nicht „nur“ Gerontopsychiatrie) sind nötig, um eine Basis und ein Rückgrat für Wissenschaft und Ausbildung zu schaffen.
- Geriatriische Fachabteilungen in Kliniken werden auch als Ort für die Aus- und Weiterbildung zum Facharzt für Geriatrie gebraucht.
- Es gibt einen umfangreichen Fortbildungsauftrag der geriatrischen Schwerpunkte und Zentren für alle medizinischen Berufsgruppen und ehrenamtlichen Laien.
- Die Geriatrie sollte in die Ausbildungsgänge integriert werden, nicht nur freiwillig als Fortbildung angeboten werden.

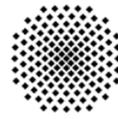
Forum 4: Onkologie

Leitung: Prof. Dr. Michael Bamberg, Universitätsklinikum Tübingen

Moderation und Protokoll: Dr. Barbara Malburg-Graf und Rainer Kuhn

Prof. Dr. Bamberg präsentiert den Stand der onkologischen Versorgung in Baden-Württemberg (siehe Anlage). Er stellt heraus, dass schon weitgehend gute onkologische Versorgungsstrukturen bestehen. Säulen der Versorgung stellen die Organkrebszentren, die onkologischen Zentren und die Comprehensive Cancer Centers (CCC) dar. Aus seiner Sicht müssen für folgende Themenbereiche Lösungen entwickelt werden:

- Wo müssen bzw. können Versorgungsstrukturen optimiert werden?
- Wie kann die onkologische Rehabilitation verbessert werden?
- Wie kann die Zukunft der Krebsberatungsstellen gesichert werden?



Diese drei Themenbereiche werden im Kreis der Teilnehmer zur Diskussion gestellt. Außerdem haben die Teilnehmer des Forums die Möglichkeit, unter der Überschrift „Optimierung von Strukturen“ eigene Themen einzubringen. Auf vorbereiteten Flipcharts werden die Diskussionsbeiträge nach folgender Systematik gesammelt:

1. Wo liegen Schwächen und Verbesserungsbedarfe?
2. Welche Anregungen bzw. welche Verbesserungsvorschläge gibt es aus dem Kreis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer?

Die Ergebnisse der Diskussionen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

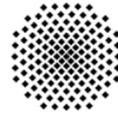
- Es ist eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit notwendig. Dies betrifft insbesondere die bessere Verknüpfung zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung der Patienten.
- Die Verbesserung des Entlassmanagements ist dringend erforderlich. Die Verweildauer in der Klinik ist meist kurz und die Zeit nach der Entlassung wird häufig nur unzureichend für den Patienten / die Patientin vorbereitet. Dies betrifft z.B. die nötige psychoonkologische Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt.
- Es ist dringend erforderlich, dass eine qualitativ hochwertige psychoonkologische Betreuung nach einem Krankenhausaufenthalt gewährleistet wird. Hierfür müssen die nötigen Finanzmittel bereitgestellt werden.
- Ein früher Einstieg in Rehabilitationsmaßnahmen – möglichst schon während einer Krebstherapie – ist erforderlich.
- Die vorhandenen Krebsberatungsstellen übernehmen wichtige Aufgaben als Lotsen im Überschneidungsbereich verschiedener Themen (Medizin, Psychologie, Psychoonkologie, soziale Themen, Finanzen usw.). Ihre Finanzierung muss deshalb gesichert werden.

Forum 5: Vernetzung und Gesundheitstelematik

Leitung: Prof. Dr. Mark Dominik Alscher, Robert-Bosch Krankenhaus Stuttgart

Moderation und Protokoll: Ludger Benighaus und Viola Schetula

Die Gesundheitstelematik erlaubt ganz grundsätzlich eine Verbesserung der Kommunikation über Entfernungen hinweg. Das führt zu zahlreichen Erleichterungen auch für den Patienten. Durch Teleüberwachung können Patienten zuhause unterstützt werden, was dem längeren Erhalt der Selbständigkeit in häuslicher Umgebung dient. Notwendig sind vor allem Transparenz und das Vermeiden von Informationsverlust. Entsprechend sinnvoll ist die Vernetzung der Sektoren. Durch so genannte Teleexpertise kann die Kommunikation unter Experten effektiver gestaltet werden. Auch der Zugang zu digitalen Daten wird verbessert. Letztendlich lassen sich für zahlreiche aktuelle Strukturprobleme, insbesondere für den ländlichen Raum, mit der Gesundheitstelematik Lösungsansätze finden.



Die Themenfelder für die Anwendung sind sehr breit. Unter anderem wurden genannt:

- Neue Rollenverteilungen zwischen den Gesundheitsberufen (Pflege / Einsatz der Ärzte)
- Demographischer Wandel
- Erhalt der Qualität bei Strukturveränderungen (Bsp.: Schließung kleiner Krankenhäuser)

Die Gruppe sieht in der Anwendung der Telematik eine Qualitätsverbesserung für den Patienten. Es besteht aber das Problem, dass die Anwendbarkeit der Technik nicht immer optimal gegeben ist. Es wird deshalb empfohlen, den Fokus bei der Entwicklung von Beginn an auf die Anwendbarkeit („usability“) zu legen.

Grundsätzlich ist die Informationstechnologie in allen Bereichen in unterschiedlicher Form anwendbar. Offen ist, wie die jeweiligen Probleme mit der Technologie adressiert werden können. Die mit dem Einsatz potentiell einhergehenden Risiken müssen berücksichtigt werden.

Es ist das Ziel, eine nachhaltige Technik der Kommunikation zu gewährleisten. Hinsichtlich der notwendigen Investitionen gilt es zu bedenken, dass eine gute telematische Versorgung auch dazu dient, über eine Verbesserung des Gesundheitssystems Wohlstand zu erzeugen.

Durch den Einsatz von Telematik entsteht auch eine neue Rollenverteilung beispielsweise bei der Versorgung vor Ort, in der Versorgungsforschung und Netzwerkforschung. Dort erschließen sich zahlreiche Innovationspotentiale.