

# 15-Punkteprogramm Gesundheitliche Versorgung in Baden-Württemberg



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,  
FAMILIEN UND SENIOREN

## Inhalt

1. Krankenhauspolitik .....	2
2. Allgemein- und fachärztliche Versorgung.....	4
3. Rettungsdienst .....	6
4. Psychiatrische Versorgung.....	8
5. Suchtpolitik .....	9
6. Onkologie.....	14
7. Schmerztherapie .....	17
8. Hospizdienste.....	18
9. Organspende.....	20
10. Kindergesundheit .....	22
11. Geriatrische Versorgung .....	25
12. Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe .....	28
13. Gesundheitsstrategie.....	31
14. Gesundheitsschutz.....	34
15. Gesundheitsforum und Gesundheitsregionen.....	37

## 1. Krankenhauspolitik

Die Landesregierung hat mit ihrer seit vielen Jahren bewährten, konsequent am Konsens aller Beteiligten orientierten Krankenhauspolitik auch den aktuellen Entwicklungen Rechnung getragen. Hauptziele waren dabei, durch Verzicht auf entbehrliche Kapazitäten und unwirtschaftliche Strukturen die notwendigen Freiräume für medizinische Innovationen zu schaffen und damit die Versorgungsqualität weiter zu verbessern, die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen sowie eine regionale Ausgewogenheit sicherzustellen. Im Ergebnis bedeutet dies, dass in den vergangenen zehn Jahren zwar im Saldo rund 5000 Krankenhausbetten abgebaut wurden. Gleichzeitig wurden aber zahlreiche Krankenhäuser neu anerkannt und flächendeckend neue Versorgungsangebote geschaffen, wie z.B. Herzkliniken, neurologische Fachkrankenhäuser oder ein Netz von psychiatrischen Tageskliniken. Die Versorgung für Schwer-Schädel-Hirnverletzte, für Suchtkranke, für Frühgeborene oder die Ausstattung der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte wurde verbessert. Neue Konzepte zur Versorgung von Schlaganfallpatienten sowie zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung wurden entwickelt. Außerdem konnten viele neue Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten durch eine Vielzahl neuer medizinisch-technischer Großgeräte geschaffen werden. Selbstverständlich gehört auch die laufende Anpassung der Krankenhäuser an die demographische Entwicklung zu der von der Landesregierung verantworteten Krankenhauspolitik. Das baden-württembergische Krankenhauswesen braucht folglich den Vergleich weder mit einem anderen Bundesland noch mit den europäischen Nachbarländern zu scheuen.

Eine solche positive Entwicklung war allerdings nur dadurch möglich, dass die Verantwortung für die Krankenhausstrukturen ungeschmälert in der Hand der Landesregierung blieb. Baden-Württemberg hat sich daher auch in den entsprechenden Gesetzgebungsverfahren auf Bundesebene immer dafür eingesetzt, dass dieses Prinzip der sogenannten dualen Krankenhausfinanzierung erhalten bleibt. Durch den gezielten Einsatz von Haushaltsmitteln können so die baulichen, organisatorischen und medizinischen Strukturen der Krankenhäuser in Baden-Württemberg kontinuierlich verbessert und zukunftsfähig gemacht werden, während für die Betriebskosten die Krankenkassen verantwortlich sind.

In den vergangenen zehn Jahren wurden für die Krankenhäuser über den Landeshaushalt jährlich zwischen 300 und 340 Mio. Euro für Investitionen bereitgestellt. Davon wurde jeweils die Hälfte den Krankenhäusern pauschal nach einem bestimmten Schlüssel zugeteilt. Die andere Hälfte floss gezielt in Einzelprojekte, mit denen die Landesregierung die Krankenhausstruktur weiter entwickelte und dem medizinischen Fortschritt Rechnung trug. Diese Aufteilung der Investitionsmittel trifft bei den Krankenhäusern auf sehr hohe Akzeptanz, da sie auch eine unternehmerische Freiheit gewährleistet. Auf der anderen Seite hat das Land die Möglichkeit, mit der gezielten Unterstützung von Investitionen übergeordnete Planungsziele mit flächendeckenden Versorgungskonzepten zu realisieren.

Ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung Versorgungsverbesserung war das im März 2009 beschlossene Programm „Investitionsschwerpunkt Infrastruktur Krankenhäuser“, über das für 25 Vorhaben rund 175 Mio. Euro zur Verfügung gestellt werden. Es ist Teil der Umsetzung des Investitionsprogramms des Bundes sowie des Infrastrukturprogramms des Landes.

Freilich wird auch für die Zukunft der Kostendruck auf die Leistungserbringer des Gesundheitswesens anhalten. Der Zwang zur Optimierung der Krankenhausstrukturen wird nicht nachlassen. Das Land wird das Seine dazu tun, um die hohe Qualität der Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg zu erhalten und weiterzuentwickeln.

## 2. Allgemein- und fachärztliche Versorgung

Die allgemein- und fachärztliche Versorgung in Baden-Württemberg befindet sich auf einem hohen Niveau. Derzeit sind viele Planungsbereiche wegen Überversorgung von Zulassungsbeschränkungen betroffen. Eine Unterversorgung ist in keinem Planungsbereich festzustellen. Ein allgemeiner Ärztemangel ist mittelfristig nicht zu erwarten. Es gibt allerdings regionale Unterschiede bei der ärztlichen Versorgung. Insbesondere im ländlichen Raum zeichnen sich auf lokaler Ebene künftig Versorgungsengpässe ab. Dort wird es zunehmend schwieriger, für altershalber ausscheidende Vertragsärzte einen Nachfolger zu finden. In erster Linie handelt es sich um ein Verteilungsproblem (Allokationsproblem). Deshalb muss nicht nur dafür gesorgt werden, dass genügend medizinische Nachwuchskräfte zur Verfügung stehen, sondern es müssen auch geeignete Steuerungsmöglichkeiten für die vertragsärztliche Niederlassung geschaffen werden.

Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren hat es sich zum Ziel gesetzt, das hohe Versorgungsniveau zu halten.

**Verbundweiterbildung<sup>Plus</sup> Ländlicher Raum** ist ein Projekt, das von der Landesregierung gefördert wird. Ziel ist es, die Attraktivität der hausärztlichen Weiterbildung zu steigern und dadurch einen Beitrag zur Sicherstellung der "land- und hausärztlichen" Versorgung zu leisten. Angeboten wird eine Koordination der Weiterbildung über den gesamten Weiterbildungszeitraum durch sog. Weiterbildungsverbände.

Zusammen mit der für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) wurden insbesondere folgende Maßnahmen ergriffen, um die medizinische Versorgung zu gewährleisten:

- a) Zulassung von Nebenbetriebsstätten (sog. Zweigpraxen). Dadurch konnten partielle Versorgungslücken insbesondere im ländlichen Bereich geschlossen werden.
- b) Erweiterung der Anstellungsmöglichkeiten. Aufgrund bundesgesetzlicher Änderungen ist es nun möglich, Ärztinnen und Ärzte ohne Begrenzung – auch mit anderen Facharztbezeichnungen sowie mit individueller Arbeitszeitgestaltung – anzustellen, sofern Zulassungsbeschränkungen nicht entgegenstehen.
- c) Bildung von Berufsausübungsgemeinschaften.
- d) Aufhebung der vertragsärztlichen Altersgrenze. Die Altersgrenze von 68 Jahren für eine vertragsärztliche Tätigkeit wurde vollständig aufgehoben.)

Die Landesregierung wird sich mit dem Thema „ärztliche Versorgung im ländlichen Raum“ auch künftig intensiv beschäftigen. Dies bedeutet allerdings nicht, dass an der Zuständigkeit der Selbstverwaltung (KVBW) etwas geändert werden soll. Trotzdem ist eine stärkere Einwirkung auf die Bedarfsplanung erforderlich, um drohenden lokalen Versorgungsengpässen im ländlichen Raum möglichst frühzeitig entgegensteuern zu können.

Denkbar wäre zum Beispiel eine Mitwirkung des Landes im Landesausschuss (§ 90 GB V). Wir setzen uns für eine kleinräumigere, zielgenauere und bedarfsorientiertere Bedarfsplanung ein. Eine rechtssichere Umsetzung setzt allerdings bundesgesetzliche Änderungen voraus. Über die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) und das Gesetzgebungsverfahren zur anstehenden Gesundheitsreform wird das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren seinen Einfluss geltend machen. Wesentlich ist dabei auch, dass die regionalen Spielräume im System der gesetzlichen Krankenversicherung erweitert werden und eine angemessene ärztliche Vergütung sichergestellt ist.

Auch die Gemeinden sind gefordert, sich bei der Suche nach Praxisnachfolgern zu engagieren. Eine Arbeitsgruppe mit dem Gemeindegewerkschaftsverband wurde eingesetzt. Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren nimmt ebenfalls daran teil.

Ferner führt das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Kreisstrukturgespräche mit dem Ziel, unter Beteiligung der KVBW, der Kreisärzteschaft und des Bereichsausschusses für den Rettungsdienst die notwendigen Veränderungen in der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu identifizieren und künftige Leistungsangebote abzustimmen bzw. neu zu etablieren.

### 3. Rettungsdienst

Aufgaben des Rettungsdienstes sind die Notfallrettung und der Krankentransport. Der Rettungsdienst ist eine öffentlich-rechtliche Aufgabe, die in Baden-Württemberg auf die Rettungsdienstorganisationen als gesetzliche Leistungsträger übertragen wurde. Mit dem Rettungsdienstgesetz Baden-Württemberg stellt das Land das hohe Niveau der Notfallversorgung sicher.

In Baden-Württemberg sollen die Bürgerinnen und Bürger in allen Landesteilen eine schnelle und gute Notfallversorgung erhalten. Hierfür schafft das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren die Voraussetzungen in Anpassung an sich verändernde Versorgungsstrukturen.

- **Leitstellen**

Der Handlungsdruck zur Schaffung integrierter Leitstellen wurde 2009 deutlich erhöht. Seit Inkrafttreten der jüngsten Gesetzesnovellen zum Feuerwehrgesetz (FWG) und Rettungsdienstgesetz (RDG) im Dezember 2009 sind die Leitstellen für Feuerwehr und Rettungsdienst nicht mehr nur „in der Regel“, sondern ausnahmslos als integrierte Leitstellen einzurichten. Die Umsetzung soll innerhalb von zwei Jahren bewerkstelligt werden.

Bereichsübergreifende (d.h. stadt- und landkreisübergreifende) Integrierte Leitstellen sind ebenfalls zulässig. Die Schaffung entsprechender integrierter Leitstellen bleibt allerdings weiterhin freiwillig.

- **Hilfsfrist**

Die Hilfsfrist von 15 Minuten bis zum Eintreffen am Notfallort an der Straße in 95 Prozent der Fälle im Zeitraum eines Jahres ist zentrales Element der Qualitätssicherung, die für Rettungstransportfahrzeuge (RTW) und Notärzte gleichermaßen gilt. Baden-Württemberg verfügt damit als einziges Bundesland auch über eine notärztliche Hilfsfrist und hat sich damit im Ländervergleich für ein außerordentlich hohes Versorgungsniveau entschieden.

Die Bereichsausschüsse als örtlich zuständige Gremien der Selbstverwaltung sind bestrebt, dieses Versorgungsniveau überall zu erreichen. Das Spektrum konkreter Maßnahmen ist dabei sehr weit gefächert und geht von Verbesserungen bei den Ausrückzeiten über Standortverlegungen bis hin zum Bau neuer Rettungswachen. Letzteres u.a. mit Mitteln des Sonderinvestitionsprogramms Rettungsdienst, die vom Land flankierend bereitgestellt wurden.

- **Notrufnummer**

Nach der Notrufverordnung des Bundes ist neben der europaeinheitlich vorgegebenen Notrufnummer 112 nur noch die Rufnummer 110 (für die Polizei) als einzige weitere nationale Notrufnummer zugelassen. Die Notrufverordnung ist am 18. März 2009 in Kraft getreten. Dies bedeutet, dass seit diesem Zeitpunkt die 19222 nicht mehr als rettungsdienstliche Notrufnummer verwendet werden darf und stattdessen in allen Rettungsdienstbereichen nur noch die „112“ als rettungsdienstliche Notrufnummer zu verwenden und zu bewerben ist. Die entsprechende Anpassung des RDG ist ebenfalls im Zuge der jüngsten Novellierung des RDG erfolgt. Die „19222“ darf nur noch als Rufnummer für den Krankentransport verwendet werden.



#### 4. Psychiatrische Versorgung

Die außerklinische psychiatrische Versorgung im Land ist mit Wohn- und Pflegeheimen, ambulant betreutem Wohnen, Sozialpsychiatrischen Diensten, Tagesstätten, Werkstätten für psychisch behinderte Menschen und anderen Einrichtungen gut ausgebaut. Hinzu gekommen sind ab dem Jahr 2002 die Soziotherapie sowie die Psychiatrischen Institutsambulanzen, deren Komplexleistung auch psychosoziale Hilfen umfasst. Die vielfältigen Angebote unterschiedlicher Kostenträger und verschiedener Leistungserbringer müssen eng koordiniert und auf der Fallebene - in einer personenzentrierten Hilfeplanung - bedarfsgerecht miteinander abgestimmt werden. Damit soll eine Verbesserung der Versorgungsqualität und eine effizientere Nutzung der vorhandenen Ressourcen erreicht werden.

Der Psychiatrieplan 2000 Baden-Württemberg sieht den Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) als Zusammenschluss der Leistungserbringer einer Region vor. Ergänzend wurde die Konzeption „Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ)“ erstellt, um in einem Kernbereich der wohnortnahen Versorgung die Verbundbildung in Gang zu bringen. Das GPZ ist für die psychisch erkrankten Menschen und ihre Angehörigen eine Anlaufstelle, wo sie Beratung und verschiedene Hilfeangebote unter einem Dach erhalten können. Im GPZ wirken zumindest ein sozialpsychiatrischer Dienst, ein Soziotherapie-Erbringer, eine Tagesstätte und eine psychiatrische Institutsambulanz zusammen.

Die Landesförderung für sozialpsychiatrische Dienste wurde zum 1. Januar 2007 umgestellt, um in allen Stadt- und Landkreisen eine solche verbindliche Kooperation zu erreichen: Fördervoraussetzung ist nunmehr, dass die Leistungen der Dienste in einem Verbund nach dem GPZ/GPV-Modell erbracht werden. Dies hat sich als ein wirksamer Anstoß zu GPV-Vereinbarungen auf kommunaler Ebene erwiesen. Inzwischen besitzen 41 der 44 Stadt- und Landkreise einen GPV. Etwa drei Viertel der Stadt- und Landkreise verfügen über mindestens ein GPZ. Die Anschriften sind dem Wegweiser Psychiatrie zu entnehmen ([www.sozialministerium-bw.de](http://www.sozialministerium-bw.de) / Gesundheit / Psychiatrische Versorgung).

An der Vernetzung der verschiedenen psychiatrischen Hilfeangebote in der Region wirken auch die Zentren für Psychiatrie mit. Das Land hat gesetzlich bestimmt, dass die Zentren für Psychiatrie sich am Aufbau der Gemeindepsychiatrischen Verbünde beteiligen. An vielen Gemeindepsychiatrischen Zentren ist ein Zentrum für Psychiatrie mit seiner Institutsambulanz vertreten.

## 5. Suchtpolitik

Der Begriff Sucht umfasst die Aspekte Krankheit, Abhängigkeit und zwanghafter Konsum. Drogenabhängigkeit, Medikamentenabhängigkeit und Alkoholismus sind bisher als Krankheit anerkannt. Diese Anerkennung ist Voraussetzung dafür, dass eine Suchttherapie von den Krankenkassen bzw. der Deutschen Rentenversicherung finanziert wird.

Sucht ist eine gesellschaftliche Realität, von der nahezu alle Alters- und Bevölkerungsgruppen betroffen sind. Die Abhängigkeit ist häufig Folge eines wiederholten Missbrauchs von Substanzen mit suchtfördernder Wirkung. Sucht und ihre Auswirkungen stellen nicht nur für jeden einzelnen Betroffenen oder Gefährdeten eine Herausforderung dar, sondern auch für die gesamte Gesellschaft und den Staat.

### • Suchtprävention

Ziel der Suchtprävention in Baden-Württemberg ist es, die persönlichen Kompetenzen der Menschen so zu stärken, dass Scheinlösungen durch den Gebrauch psychoaktiver Stoffe überflüssig werden. Insbesondere Umbruchsituationen sollen sicher suchtmittelfrei bewältigt werden können. Suchtprävention hat außerdem zum Ziel, die Gesundheit jedes Einzelnen dadurch zu stabilisieren, dass Abhängigkeiten vermieden werden. Darüber hinaus ist die Schaffung geschützter Lebensräume ein wichtiger Bestandteil suchtpreventiver Arbeit, wobei verbindliche Zielvereinbarungen und freiwillige Selbstverpflichtungen Vorrang haben.

Kinder und Jugendliche sind als vorrangige Zielgruppe der Suchtprävention zu sehen. Erwachsene werden in ihrer Funktion als glaubhafte Vorbilder in den unterschiedlichen Settings gestärkt. Auf Grund vermehrter Umbruchsituationen im höheren Erwachsenenalter ist auch dieser Teil der Bevölkerung eine wesentliche Zielgruppe für die Suchtprävention in Baden-Württemberg.

Von Seiten des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren wird die Suchtprävention in Baden-Württemberg insbesondere durch die Förderung von Kommunalen Suchtbeauftragten unterstützt, die in den Stadt- und Landkreisen für die konkrete Planung der Inhalte von Suchtprävention und Suchthilfe verantwortlich sind. In sehr gutem Einvernehmen mit den kommunalen Landesverbänden ist es in Baden-Württemberg als einzigem Bundesland gelungen, schon in 39 von 44 Stadt- und Landkreisen Kommunale Suchtbeauftragte einzurichten, die für die landesweite Umsetzung von Projekten oder Aktionen entscheidende Bedeutung besitzen. Auch in den noch fehlenden Kreisen sollen zeitnah Kommunale Suchtbeauftragte bestellt werden.

An vielen Stellen zeigt sich, dass eine gute Kooperation aller Beteiligten sinnvoll und notwendig ist, weil suchtpreventiven Ansätzen häufig vordergründige wirtschaftliche Interessen entgegenstehen. Zur Unterstützung der Kreise wurde unter der Leitung

des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren die „AG Suchtprävention“ eingerichtet, in der auf Landesebene alle beteiligten Ressorts, Körperschaften und Verbände mitwirken. Inhaltliche Schwerpunkte der AG Suchtprävention sind Alkoholmissbrauch, Tabak, Glücksspiel und „Bodycult“ (Doping, Piercing, Schlangheitswahn, Schönheitsoperationen etc.).

- **Suchthilfe (Netzwerke)**

Die Anforderungen an die Suchtkrankenversorgung sind durch die Natur der Erkrankung äußerst komplex, die verschiedenen Stadien der Erkrankung erfordern unterschiedliche Zugangswege zu den Hilfebedürftigen und differenzierte Hilfemaßnahmen. Baden-Württemberg besitzt ein plurales und ausdifferenziertes Suchthilfesystem.

Die Aufgaben der Kommunen in den Bereichen der sozialen und gesundheitlichen Daseinsvorsorge (Sozialhilfe, Jugendhilfe, Krankenhäuser etc.) sind in der Regel kreisbezogen gegliedert. Durch die Verwaltungsreform wurden die Kreise als Verwaltungsebene noch weiter gestärkt. Es lag daher nahe, nun auch die Gesamtversorgung suchtkranker und suchtgefährdeter Menschen vermehrt kreisbezogen zu optimieren, zumal Suchtkranke in vielfältiger Weise auf weitere kommunale Unterstützung angewiesen sind.

Zwischenzeitlich sind in allen 44 Stadt- und Landkreisen kommunale Suchthilfenetzwerke eingerichtet, die in vollem Umfang den in sie gesetzten Erwartungen entsprechen. Zur weiteren Verfestigung der Netzwerke wurde ab dem Jahr 2009 die Landesförderung der Psychosozialen Beratungsstellen von deren Einbindung in die Suchthilfenetzwerke abhängig gemacht. Damit ist auch sichergestellt, dass die Landesförderung für insgesamt 440 Fachkräfte in den 100 Psychosozialen Beratungsstellen effektiv und effizient verwendet wird.

Die Einführung eines Qualitätsmanagements für die einzelnen Komponenten des Suchthilfesystems ist in vollem Gange. Auch für die Suchthilfenetzwerke soll ein Qualitätsmanagement entwickelt werden, das insbesondere eine möglichst gute Kooperation zum Ziel hat.

- **Suchtmedizinische Tageskliniken**

Eine teilstationäre Krankenhausbehandlung ist gem. § 39 SGB V dann indiziert, wenn für das Erreichen des Behandlungsziels eine vollstationäre Behandlung nicht erforderlich, eine ambulante Behandlung aber nicht ausreichend ist. Für die teilstationäre Behandlung von Suchtkranken kommt somit ein Teil der Patienten in Frage, die bisher mangels Alternativen vollstationär versorgt wurden. Ferner können durch ein teilstationäres Angebot viele Suchtkranke für eine kausale Therapie überhaupt

gewonnen werden, weil die Schwelle zur Tagesklinik erheblich niedriger liegt als zur vollstationären Suchtbehandlung.

Die Auswertung suchtmedizinischer Tageskliniken hat auch in Baden-Württemberg eindeutig ergeben, dass die Behandlungsergebnisse der Tageskliniken hinter der vollstationären Behandlung Suchtkrankter nicht zurückstehen. Im Interesse der Behandlungsqualität und der Wirtschaftlichkeit muss allerdings sichergestellt sein, dass eine ausreichende Zahl für die teilstationäre Behandlung geeigneter Suchtkrankter die Tagesklinik auch erreichen kann.

Unter der Leitung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren wurden gemeinsam von Vertretern der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Deutschen Rentenversicherung sowie erfahrenen Suchtmedizinern Kriterien entwickelt, die in Baden-Württemberg der Ausweisung von weiteren suchtmedizinischen Tageskliniken zugrundegelegt werden.

Bisher werden in Baden-Württemberg acht suchtmedizinische Tageskliniken betrieben. In der Sitzung des Landeskrankenhausausschusses am 24. Juli 2009 wurden für 14 weitere Standorte suchtmedizinische Tageskliniken entsprechend den gemeinsamen Kriterien beantragt und grundsätzlich beschlossen.

- **Substitution**

Die Substitution von Opiatabhängigen hat sich bewährt, weil mit diesem Behandlungsangebot eine Situation geschaffen wird, in der sich Drogenabhängige ohne Beschaffungsdruck gesundheitlich stabilisieren und insgesamt neu orientieren können. Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Substitutionsbehandlung sind aber sowohl eine hohe Qualität der Einzelmaßnahmen als auch eine intensive und konstruktive Kooperation aller Mitwirkenden, insbesondere der substituierenden Ärzte und der Psychosozialen Beratungsstellen. Derzeit wird von insgesamt ca. 25.000 Opiatabhängigen in Baden-Württemberg etwa die Hälfte durch eine Substitutionsbehandlung erreicht.

Eine vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren eingerichtete „Arbeitsgruppe Substitution“ (AG Substitution) hat die Aufgabe, die Qualität der Substitution dauerhaft zu stabilisieren.

Um die rechtlichen und materiellen Rahmenbedingungen für die beteiligten Ärzte attraktiv zu erhalten, hat sich das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren auf Bundesebene intensiv und erfolgreich für verbesserte rechtliche Vorgaben eingesetzt und z.B. bei der Formulierung einer Vertreterregelung mitgewirkt, die vor allem substituierende Ärzte im ländlichen Raum entlastet.

Einen Sonderfall stellt die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung von Schwerstabhängigen dar. Das am 21. Juli 2009 in Kraft getretene Bundesgesetz wird auch in Baden-Württemberg mit der gebotenen Sorgfalt umgesetzt. Die AG Substitution hat Empfehlungen für diese Umsetzung verabschiedet, auf denen die konkrete Ausgestaltung in Baden-Württemberg beruht.

- **Glücksspiel**

Nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen ist die Wirkungsweise von Glücksspielsucht gleich oder zumindest sehr ähnlich der Wirkung von stoffgebundenen Süchten. Zudem liegen bei den meisten Glücksspielsüchtigen noch weitere Abhängigkeitserkrankungen wie z.B. Alkoholprobleme vor. Ferner gibt es keine Hinweise auf wesentliche regionale Unterschiede der Prävalenz von Glücksspiel in Baden-Württemberg.

Grundsätzlich gilt, dass der Ansatz der universellen Suchtprävention, über die Entwicklung von Lebenskompetenzen die Fähigkeit zu stärken, richtige Entscheidungen zu treffen, auch für den verantwortungsvollen Umgang mit Glücksspiel zur Anwendung kommen muss.

Schließlich ist davon auszugehen, dass bei Glücksspielsüchtigen häufig ausgeprägte materielle Schwierigkeiten auftreten, die neben einer Behandlung der Glücksspielsucht auch eine Schuldnerberatung erforderlich machen.

Es ist in Baden-Württemberg gelungen, in enger Abstimmung mit den kommunalen Landesverbänden insgesamt 30 zusätzliche Fachkraftstellen in den Psychosozialen Beratungsstellen in die Landesförderung aufzunehmen und damit die Versorgung von problematischen und pathologischen Spielern weiter zu verbessern. Ferner konnten weitere 6,5 Stellen für Kommunale Suchtbeauftragte eingerichtet werden. Wissenschaftliche Forschungsaufträge mit dem Ziel, den Einstieg in das Glücksspiel besser fassen zu können, wurden an die Forschungsstelle Glücksspiel der Universität Hohenheim sowie an den Lehrstuhl für Suchtforschung am Zentrum für seelische Gesundheit in Mannheim vergeben.

Eine landesweite Fachstelle Glücksspielsucht wurde beim Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg eingerichtet, in der vor allem der Transfer von wissenschaftlichen Ergebnissen in die Praxis stattfindet. Dazu wurden bisher 80 Fachkräfte in dreitägigen Seminaren in der Kraichtalklinik Münzesheim geschult. Diese Fachkräfte sollen in regelmäßigen Fachtagungen am Landesgesundheitsamt weiter fortgebildet werden, weil eine sinnvolle Behandlung oder Beratung von problematischen oder pathologischen Spielern nur dann zustande kommt, wenn die Fachkräfte über aktuelle Informationen über neue Entwicklungen beim Glücksspiel verfügen. Außerdem wird derzeit eine spezielle Homepage für Fragen im Zusammenhang mit Glücksspielsucht beim Landesgesundheitsamt aufgebaut, die ständig weiterentwickelt werden wird.

## 6. Onkologie

Durch Fortschritte bei Früherkennung, Diagnostik und Therapie haben sich die Überlebenschancen und die Lebensqualität krebserkrankter Menschen in den vergangenen Jahrzehnten erheblich verbessert. Trotz dieser Fortschritte gehört die Krebsbekämpfung weiter zu den wichtigsten gesundheitspolitischen Zielen der Landesregierung. Krebserkrankungen sind nach den Herz-/Kreislaufkrankungen die zweithäufigste Todesursache. In Baden-Württemberg starben 2008 knapp 24.400 Menschen an den Folgen eines Krebsleidens. Da Krebserkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger auftreten, ist absehbar, dass aufgrund des demographischen Wandels und der wachsenden Zahl älterer Menschen die Zahl der Krebserkrankungen in den kommenden Jahren weiter zunehmen wird.

Baden-Württemberg verfügt mit insgesamt fünf Tumorzentren und zwölf Onkologischen Schwerpunkten über ein leistungsfähiges und gut zugängliches, flächendeckendes onkologisches Versorgungssystem. Für krebserkrankte Menschen besteht in allen Landesteilen eine adäquate Versorgung auf hohem Niveau. Ziel der Landesregierung ist es, dieses bestehende hochwertige Versorgungssystem kontinuierlich und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

Vor diesem Hintergrund zählen die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen, die Qualitätssicherung, die Primärprävention sowie die Patientenbeteiligung zu den gesundheitspolitischen Schwerpunkten der Landesregierung.

- **Landeskrebsregister**

Das 2006 verabschiedete Landeskrebsregistergesetz verknüpft erstmalig in Deutschland klinische und epidemiologische Krebsregistrierung: Das Epidemiologische Krebsregister erfasst die in der Bevölkerung Baden-Württembergs auftretenden Krebserkrankungsfälle, die Klinische Landesregisterstelle trägt Daten zu in Baden-Württemberg durchgeführten Therapien von Krebserkrankungen und deren Verlauf zusammen. Die gesammelten Daten sollen die Krebsursachenforschung unterstützen sowie Aussagen über den Erfolg von Krebsbehandlungen als Grundlage einer Qualitätssicherung in der Onkologie ermöglichen. Um die Entwicklung des Krebsgeschehens in der Bevölkerung Baden-Württembergs kontinuierlich zu beobachten, ist die möglichst vollzählige Erfassung aller Krebserkrankungen in einem Krebsregister erforderlich.

Das Krebsregister Baden-Württemberg Jahr 2009 seine Arbeit aufgenommen.

Die umfangreichen Vorkehrungen im Krebsregister Baden-Württemberg zum Schutz der sensiblen Individualdaten zu Krebsdiagnose, -therapie und -verlauf erfahren eine durchweg positive Beurteilung des Landesbeauftragten für den Datenschutz in dessen Tätigkeitsbericht 2009.

In den aktuellen weiteren Ausbaustufen werden die Vorbereitungen dafür getroffen, dass auch die übrigen Krankenhäuser, Pathologen, niedergelassenen (Zahn) Ärztinnen und (Zahn) Ärzte ihrer Meldepflicht zu Krebserkrankungen an das Krebsregister Baden-Württemberg nachkommen können. Der landesweite Ausbau wird voraussichtlich 2011 abgeschlossen sein.

- **Mammographie-Screening**

Im Jahr 2002 haben Bundestag und Bundesrat einstimmig beschlossen, ein Mammographie-Screening-Programm auf der Grundlage der Europäischen Leitlinien in Deutschland einzuführen. Ziel des Screenings ist es, durch eine frühzeitigere Diagnose von Brustkrebs eine schonende und erfolgreiche Therapie bösartiger Tumore zu erreichen und so die Sterblichkeit deutlich zu senken. Inzwischen ist im Land der Aufbau der Screening-Einheiten abgeschlossen. Künftig erhält jede Frau in Baden-Württemberg zwischen 50 und 69 Jahren alle zwei Jahre eine persönliche Einladung zu einer Früherkennungsuntersuchung. Die Teilnahme ist freiwillig und kostenfrei. Ziel der Landesregierung ist es, die Teilnehmerate am Mammographie-Screening in Baden-Württemberg weiter zu verbessern. Bundesweit lag die Teilnehmerate am Mammographie-Screening im Jahr 2007 bei 53,6 Prozent. In Baden-Württemberg lag in diesem Zeitraum die Teilnehmerate mit 54,8 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Angestrebt wird, entsprechend der Empfehlungen der EU-Leitlinien, in Baden-Württemberg künftig eine Teilnehmerate am Mammographie-Screening von mindestens 70 Prozent zu erreichen.

- **Tumorzentren und Onkologische Schwerpunkte**

Tumorzentren und Onkologische Schwerpunkte haben die Aufgabe, die interdisziplinäre Versorgung von krebserkrankten Menschen zu sichern. Die Zentren und Schwerpunkte müssen dazu die vom Landesbeirat "Onkologie" verabschiedeten "Grundsätze und Kriterien für die Voraussetzungen eines onkologischen Schwerpunkts" erfüllen. Die Aufgabe von Tumorzentren können nur Universitätskliniken übernehmen.

In Baden-Württemberg bestehen insgesamt fünf Tumorzentren (Freiburg, Heidelberg, Mannheim, Tübingen und Ulm) und zwölf Onkologische Schwerpunkte (Göppingen, Heidenheim, Heilbronn, Karlsruhe, Konstanz/Singen, Lörrach/Rheinfelden, Ludwigsburg/Bietigheim, Offenburg, Ravensburg, Reutlingen, Stuttgart und Villingen-Schwenningen).

Baden-Württemberg nimmt in der Versorgung von Krebskranken im Ländervergleich nach Einschätzung des baden-württembergischen Krebsverbandes eine herausragende Stellung ein. In den Tumorzentren und den flächendeckend vorhandenen zwölf Onkologischen Schwerpunktkrankenhäusern können derzeit etwa



60 Prozent aller Krebspatientinnen und -patienten in Baden-Württemberg flächendeckend in zertifizierten Zentren behandelt werden.

Zur Qualitätssicherung wurde das seit dem Jahr 2000 bestehende Zertifizierungsverfahren für Tumorzentren und Onkologische Schwerpunkte weiterentwickelt und verbessert. Im Laufe der nächsten Jahre werden bei den onkologischen Zentren anhand dieser neuen Zertifizierungskriterien Rezertifizierungsverfahren durchgeführt. Dadurch kann auch künftig eine hohe Qualität sichergestellt werden.

## 7. Schmerztherapie

Schmerzen sind eine häufige Begleitsymptomatik bei vielen Erkrankungen. Sie können auch nach therapeutischen Maßnahmen (z.B. operativen Eingriffen) oder vorangegangenen Verletzungen, aber auch ohne erkennbare Ursachen auftreten. Symptomatische Schmerzen und Schmerzen im Frühstadium einer Chronifizierung können durch die niedergelassenen Haus- und Fachärzte adäquat behandelt werden. Es gibt jedoch Patientengruppen, für die eine besondere schmerztherapeutische Versorgung erforderlich ist. Die Landesregierung hat frühzeitig die große gesundheitspolitische Bedeutung der adäquaten Versorgung chronisch schmerzkranker Menschen erkannt und bereits im Jahr 2000 eine „Schmerzkonzeption Baden-Württemberg“ erarbeitet, auf deren Grundlage in den letzten zehn Jahren die Versorgung chronisch schmerzkranker Menschen im Land verbessert werden konnte.

Mit der Zunahme chronischer Krankheiten wächst auch die Zahl der Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen. Ziel der Landesregierung ist es deshalb, die Qualität der Versorgung von Schmerzpatienten auf allen Ebenen systematisch zu verbessern. Von den schätzungsweise rund einer Million chronischen Schmerzpatientinnen und -patienten in Baden-Württemberg bedürfen rund zehn Prozent einer speziellen Schmerztherapie mit der Möglichkeit einer stationären oder teilstationären Behandlung. Dazu sind von der Landesregierung vier überregionale und dreizehn regionale Schmerzzentren im Landeskrankenhausplan Baden-Württemberg ausgewiesen worden.

Darüber hinaus arbeitet die Landesregierung kontinuierlich daran, dass

- durch Information, Aufklärung und rechtzeitige medizinische Maßnahmen die Schmerzprävention verbessert wird;
- alle an der Schmerztherapie Beteiligten so qualifiziert werden, dass auf jeder Stufe dieses Versorgungssystems die richtigen Schritte in Diagnostik und Therapie eingeleitet werden können;
- vorhandene Einrichtungen zu einem umfassenden und kompetenten Netzwerk verbunden und in einem gestuften Versorgungssystem integriert werden und
- das Selbsthilfepotential der Betroffenen für Prävention und Therapie geweckt und gefördert wird.

Durch den Landesbeirat Schmerzversorgung und das Schmerz- und Palliativforum ist auch im Bereich der Schmerzbekämpfung gewährleistet, dass sich alle an der Schmerzversorgung beteiligten Akteure landesweit vernetzen und dass ein interdisziplinärer Dialog stattfindet.

## 8. Hospizdienste

Der medizinische Fortschritt hat sich in den vergangenen Jahren rasant entwickelt, viele Krankheiten können heute im Gegensatz zu früher erfolgreich behandelt werden. Dennoch stößt auch die moderne Medizin an ihre Grenzen. Bei manchen Erkrankungen müssen sich die Betroffenen, die Angehörigen und auch die beteiligten Ärzte schmerzhaft darüber klar werden, dass eine Heilung nicht mehr möglich ist und dass das Ende des Lebenswegs erkennbar wird. Der Wert einer Gesellschaft lässt sich auch daran erkennen, wie sie mit diesen unheilbaren bzw. sterbenskranken Menschen und deren wichtigen letzten Bedürfnissen umgeht. Zu diesen Bedürfnissen gehört insbesondere der Wunsch in Frieden, mit möglichst wenig Schmerzen oder anderen Beschwerden und in der vertrauten Umgebung sterben zu dürfen.

Es ist deshalb das Ziel der Landesregierung, die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen in dieser schwierigen Lebenssituation nicht allein zu lassen, sondern Wege aufzuzeigen, wie die verbleibende Zeit mit möglichst viel Leben und Lebensqualität gefüllt werden kann. Dazu wurden in Baden-Württemberg, auch unter Einbezug des ehrenamtlichen bürgerschaftlichen Engagements, beispielhafte Strukturen geschaffen, in denen die so genannte palliative Versorgung stattfinden kann.

### Hospizwesen und palliative Versorgung

Das Hospizwesen und die palliative Versorgung haben sich vor dem Hintergrund eines gewandelten Umgangs mit Sterben und Tod in unserer Gesellschaft in den zurückliegenden Jahren sehr dynamisch entwickelt. Der Gedanke, dass medizinische Versorgung nicht nur das Heilen von Krankheiten, sondern auch das Begleiten beim Sterben umfasst, setzt sich immer stärker durch. Inzwischen sind im Land rund 6.000 Ehrenamtliche in der Hospizarbeit engagiert. Es gibt im Land 250 ambulante Hospizdienste, 17 ambulante Kinder- und Jugendhospizdienste und 20 stationäre Hospize mit 156 Betten. Das Land fördert die Hospizarbeit jährlich mit 76.000 Euro. An den Krankenhäusern des Landes sind 20 Palliativstationen mit insgesamt 170 Betten vorhanden. Palliativmedizin ist inzwischen als Querschnittsfach in der ärztlichen Approbationsordnung verankert.

An der palliativen Versorgung sind viele Akteure beteiligt. Im ambulanten Bereich zum Beispiel Hausärzte, Pflegedienste, Brückenpflegekräfte sowie ambulante Hospizgruppen und -dienste; im stationären Bereich zum Beispiel Krankenhäuser, spezielle Palliativstationen an Krankenhäusern, Pflegeheime und Stationäre Hospize. Diese Strukturen weiter zu verbessern und bedarfsgerecht auszubauen, zählt zu den vorrangigen gesundheitspolitischen Zielen der Landesregierung.

In der Palliativmedizin und der Hospizbewegung konnte in den vergangenen Jahren viel erreicht werden, dennoch gibt es immer noch viel zu tun. 95 Prozent aller Menschen äußern den Wunsch, zu Hause sterben zu können. Tatsächlich sterben aber immer noch ca.

70 Prozent aller Menschen in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Die im Jahr 2007 in den Leistungskatalog der Krankenversicherung aufgenommene, so genannte Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung soll helfen, dies zu ändern. Sie soll es Menschen ermöglichen, ihrem Wunsch entsprechend, in ihrer häuslichen Umgebung im Kreis ihrer Angehörigen sterben zu können. Die Landesregierung setzt sich dafür ein, dass die gesetzlichen Regelungen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in Baden-Württemberg so schnell wie möglich konkret umgesetzt werden.

Die Landesregierung hat es sich zum Ziel gesetzt, dass künftig ein hoher Anteil der an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und lebensbegrenzenden Erkrankung leidenden Menschen in unserem Land zu Hause bzw. in ihrer vertrauten Umgebung sterben kann, sofern dies ihr ausdrücklicher Wunsch ist. Dazu müssen im Rahmen von Palliativnetzwerken vor Ort in den kommenden Jahren die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden. Darüber hinaus wird die Landesregierung durch Gremien wie der Arbeitsgruppe Ambulante Hospizdienste, dem Landesbeirat Palliativversorgung und dem Schmerz- und Palliativforum einen Beitrag dazu leisten, dass sich die an der palliativen Versorgung beteiligten Akteure landesweit vernetzen und dass ein interdisziplinärer Dialog stattfindet.

## 9. Organspende

In Baden-Württemberg gibt es viele Patientinnen und Patienten, die vergeblich auf ein Spenderorgan warten.

Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren ist der Auffassung, dass zur Förderung der Organspendebereitschaft der Bevölkerung eine kontinuierliche Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit erforderlich ist. Dadurch kann erreicht werden, dass bestehende Ängste und Vorbehalte abgebaut werden.

Zu diesem Zweck wurde 2006 das „Aktionsbündnis Organspende“ unter dem Dach des Gesundheitsforums Baden-Württemberg eingerichtet. In diesem Aktionsbündnis sollen die Aktionen aller an der Organspende beteiligten Institutionen einschließlich der Patientenorganisationen gebündelt und damit verstärkt werden.

Das Aktionsbündnis hat seither unter dem Motto „Sei Zukunft“ in Arztpraxen und Apotheken für eine Erklärung zur Organspende und das Ausfüllen eines Organspendeausweises geworben. Den weiterführenden Schulen wurden Unterrichtsmaterialien zum Thema Organspende und Fortbildungen für das Lehrpersonal zur Verfügung gestellt. Die Fortbildungen für ärztliches und pflegerisches Personal und die Vernetzung der Krankenhäuser im Bereich der Organspende wurden intensiviert. Das Aktionsbündnis engagiert sich außerdem durch Informationsangebote bei verschiedenen Veranstaltungen wie z. B. der Landesgartenschau und dem Tag der Organspende.

Flankiert wird die Arbeit des Aktionsbündnisses durch ein von der Landesstiftung Baden-Württemberg gefördertes Projekt „Künstlerwettbewerb und Wanderausstellung zum Thema Organspende“. Die Kunstaussstellung „by heart – Dein Herz entscheidet“ wird in den Jahren 2009 bis 2011 an acht Orten in Baden-Württemberg gezeigt und jeweils durch Informations- und Bildungsveranstaltungen zu den medizinischen, psychologischen, ethischen und religiösen Aspekten der Organspende begleitet. Mit dieser ungewöhnlichen Herangehensweise über die Mittel der Kunst sollen die allgemeine Öffentlichkeit und das Fachpublikum für das Thema Organspende sensibilisiert werden.

Eine wesentliche Rolle bei der Organspende spielen die Krankenhäuser. Deswegen wurden im Jahr 2006 die baden-württembergischen Krankenhäuser mit Intensivstationen gesetzlich zur Bestellung von Transplantationsbeauftragten verpflichtet. Alle in Betracht kommenden Krankenhäuser haben inzwischen einen oder mehrere Transplantationsbeauftragte bestellt. Die Transplantationsbeauftragten unterstützen die Krankenhäuser bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Pflicht zur Meldung potenzieller Organspender, sie legen die krankenhausinternen Handlungsabläufe und Verantwortlichkeiten für den Fall der Organspende fest und fördern das Verständnis für die Organspende und die Akzeptanz beim Krankenhauspersonal.

Damit eine mögliche Organentnahme nicht an finanziellen und personellen Engpässen scheitert, ist eine ausreichende Vergütung der Leistungen der Krankenhäuser im Zusammenhang mit der Organspende wesentlich. Die Vergütung erfolgt nach einer Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Deutschen Stiftung Organtransplantation und den Krankenkassen. Nach einer Studie des Deutschen Krankenhausinstituts ist die Vergütung derzeit nicht kostendeckend. Deswegen hat die 82. Gesundheitsministerkonferenz im Juni 2009 auf eine Initiative Baden-Württembergs hin die Vertragspartner ausdrücklich aufgefordert, die Aufwandsentschädigung für Krankenhäuser und Transplantationszentren für deren Leistungen im Zusammenhang mit einer postmortalen Organspende neu zu kalkulieren.

## 10. Kindergesundheit

- **U-Untersuchungen**

Baden-Württemberg hat in seiner Vorreiterrolle als „Kinderland“ 2009 die erste Rahmenvereinbarung bundesweit zur Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder abgeschlossen.

Aufgrund der Neuregelung des § 26 Abs. 3 SGB V sollten die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege durch Landesrecht bestimmten Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen schließen, um auf eine Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder hinzuwirken. Diese Vereinbarung wurde bereits am 7. März 2009 zwischen dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren und den Krankenkassen auf Landesebene unterschrieben.

Ziel dieser Vereinbarung ist es, durch eine Vielzahl konkreter Maßnahmen der Krankenkassen sowie der Gesundheits- und Jugendämter die Inanspruchnahme dieser Untersuchungen zu erhöhen und hiermit einhergehend auch eine rechtzeitige Durchführung der Kinderuntersuchungen zu bewirken.

Die im Kinderschutzgesetz Baden-Württemberg verankerte Pflicht zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder wird ergänzt um das Angebot der Gesundheitsämter, diese Untersuchungen bei Versäumnis kostenfrei anzubieten. Da bei der verpflichtenden Einschulungsuntersuchung durch die Gesundheitsämter auch die U-Hefte der Kinder durchgesehen werden, besteht die Möglichkeit, Lücken bei allen Kindern Baden-Württembergs zu finden und Eltern gezielt auf die Untersuchungen hinzuweisen. Die Ämter haben dabei die Möglichkeit, die Untersuchungen selbst durchzuführen oder sie an niedergelassene Kinder- und Allgemeinmediziner weiterzugeben und diesen zu erstatten. Die meisten Ämter delegieren die Untersuchung. Dies ist im Sinne einer dauerhaften Anbindung der Kinder und ihrer Familien an einen niedergelassenen Arzt sinnvoll. Dieses Vorgehen wird von der niedergelassenen Ärzteschaft positiv aufgenommen und ist bereits jetzt in erfreulichem Umfang umgesetzt. So berichten fast alle Ämter von ansteigenden Untersuchungszahlen.

- **Einschulungsuntersuchung**

Nach erfolgreichem Abschluss der zweijährigen Modellphase in zehn Stadt- und Landkreisen und nach Schulung des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes an den Gesundheitsämtern startete die landesweite Umsetzung der neuen Einschulungsuntersuchung im Dezember 2008. Alle Kinder werden nun 15 bis 24 Monate vor der Einschulung durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter auf Entwicklungsauffälligkeiten untersucht (Schritt 1). Bei Auffälligkeiten schließt sich eine gezielte Förderung an. Das Verfahren ermöglicht eine enge Kooperation medizinischer und pädagogischer Fachkräfte. Durch die Vorverlegung der Untersuchung kann die gezielte Fördermaßnahme (medizinische Vorsorge und/oder pädagogische Förderung) so früh eingeleitet werden, dass mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Schulfähigkeit erzielt werden kann. Unmittelbar vor der Einschulung der Kinder wird es nur noch in begründeten Einzelfällen eine Untersuchung durch das Gesundheitsamt geben (Schritt 2). Kinder, die keine vorschulische Einrichtung (insbesondere Kindergarten, Präventivklasse, Schulkindergarten) besuchen, werden ausnahmslos in Schritt 1 und Schritt 2 ärztlich untersucht.

Eine der wesentlichen Voraussetzungen für eine gelingende Schullaufbahn ist die Sprache. Deshalb kommt der Untersuchung der Sprachfähigkeit eine besondere Bedeutung zu. Einer der wichtigsten Teile des ersten Schritts der Einschulungsuntersuchung ist daher ein Sprachscreening. Bei Kindern, die im Sprachscreening auffällig sind, wird durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst eine verbindliche Sprachstandsdiagnose durchgeführt. Damit soll sichergestellt werden, dass bereits ein Jahr vor der Einschulung diejenigen Kinder gezielt gefördert werden können, die dies benötigen. Die Entwicklung weiterer Tests, vor allem für Kinder mit Deutsch als Zweitsprache, wird genau beobachtet, um das Testrepertoire ggf. erweitern zu können.

Bestehende Förderungen gibt es bereits in Kindergärten, Grundschulförderklassen und Schulkindergärten. Im Jahr 2009 ist das Sprachförderprogramm „Sag mal was“ der Landesstiftung weiter ausgebaut worden. Ab dem Sommer 2010 wird die Sprachförderung durch das Kultusministerium Baden-Württemberg erfolgen. Bisher gewonnene Erfahrungen aus der ersten Runde der neukonzipierten Einschulungsuntersuchung können in das neue Verfahren aufgenommen werden.

In den kommenden Jahren ist geplant, die Diagnostik weiterer Entwicklungsverzögerungen, etwa motorischer oder psychosozialer Art, sowie entsprechende Fördermöglichkeiten weiter auszubauen.



Durch die gute Kooperation der Kultus- und Gesundheitsverwaltung ist mit der Zusammenführung medizinischen und pädagogischen Wissens ein Meilenstein in der Diagnostik von Entwicklungsverzögerungen und der vorschulischen Förderung gelungen.

- **Verbesserung der stationären Angebote in der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren hat sich vor dem Hintergrund eines zunehmenden Bedarfs im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gemeinsam mit den Krankenkassen, der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und namhaften Experten aus dem Land über die Eckpunkte der künftigen Planungsgrundlagen im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie verständigt.

Mit dieser neuen Planung ist der Durchbruch zu einer besseren Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gelungen. Die Planung ist ausgewogen und wird nach der Umsetzung zu einer deutlichen Verbesserung der stationären Versorgung in diesem Fachgebiet führen. Dabei wird der Schwerpunkt auf dem Ausbau von tagesklinischen Angeboten liegen. Im Hinblick auf die vorrangig zu erfolgende ambulante Versorgung der Kinder und Jugendlichen werden jedoch keine übermäßigen (teil)stationären Angebote geschaffen. Baden-Württemberg wird damit Versorgungsangebotszahlen aufweisen, die im bundesweiten Durchschnitt liegen werden.

Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren hat sukzessive die vorliegenden zahlreichen Anträge der Einrichtungen geprüft und die neuen Planungsvorgaben im Rahmen von Gesprächen mit den Betroffenen und nach Beratung im Landeskrankenhausausschuss umgesetzt. Die hierzu erforderlichen baulichen Maßnahmen werden über die Krankenhausbauförderung unterstützt.

## 11. Geriatrische Versorgung

Die gesundheitliche Gesamtsituation erkrankter älterer Menschen wird in vielen Fällen nicht durch ein einzelnes Akutereignis geprägt, sondern durch die Gleichzeitigkeit mehrerer Krankheiten und die Einschränkung der Selbstständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit. Die geriatrische Situation erfordert deshalb besondere diagnostische und therapeutische Abläufe und Strukturen.

### Strukturbeschreibung

Baden-Württemberg verfügt über ein gestuftes Konzept zur Versorgung älterer Patienten. Dem Ziel einer qualifizierten, möglichst wohnortnahen geriatrischen Versorgung im Krankenhausbereich wird in Baden-Württemberg mit einem dreistufigen Versorgungsangebot Rechnung getragen:

- Geriatrische Grundversorgung an allen Akutkrankenhäusern,
- in jedem Kreis ein geriatrischer Schwerpunkt,
- ein geriatrisches Zentrum an jedem Standort der Maximalversorgung.

Die Landesregierung von Baden-Württemberg hat bereits seit Mitte der 80er Jahre den Handlungsbedarf für eine verstärkte Betreuung und Versorgung mehrfach erkrankter älterer Menschen auf der politischen Agenda. Bereits im Jahr 1989 wurde das Geriatriekonzept Baden-Württemberg, bundesweit in dieser Form einmalig, erarbeitet und im Krankenhausplan verankert. Im Jahr 2001 wurde es nochmals aktualisiert. Es beschreibt Grundsätze und Ziele zur Versorgung mehrfach erkrankter älterer Menschen.

Als völlig neue Versorgungskonzeption wurde die geriatrische Rehabilitation geschaffen. Der Aufbau dieser Strukturen erfolgte unter maßgeblicher Beteiligung der Krankenkassen.

Es gibt in Baden-Württemberg 45 stationäre Rehabilitationseinrichtungen mit knapp 2.000 Plätzen und zehn ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtungen mit insgesamt 145 Plätzen. Die Leistungen der Einrichtungen sind weit über die Landesgrenzen hinaus anerkannt und gelten bundesweit als beispielhaft.

Geriatrische Schwerpunkte sind an Krankenhäusern in allen Stadt- und Landkreisen und geriatrische Zentren an sieben Standorten eingerichtet und im Krankenhausplan ausgewiesen. Sie leisten eine hervorragende Arbeit in der Verknüpfung unterschiedlicher an der geriatrischen Versorgung beteiligter Partner vor Ort.

Der 1992 erstmals veranstaltete und seitdem jährlich stattfindende „Geriatrietag des Landes Baden-Württemberg“ gilt als thematisches Forum für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern und sozialen Diensten, für Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten.

## **Aktuelle Problemlage**

In den vergangenen Jahren haben sich die Rahmenbedingungen geändert.

In den Krankenhäusern haben sich die Verweildauern verkürzt.

Einige der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen sind in eine schwierige wirtschaftliche Situation geraten.

Nach Mitteilung der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft stehen schon seit Jahren konstanten Pflegesätzen der Einrichtungen steigende Aufwendungen im Personal- und Sachkostenbereich gegenüber. Auch war ein deutlicher Rückgang der Auslastung zu verzeichnen, der auf eine rückläufige Fallzahl und sinkende Verweildauern zurückgeht.

Gleichzeitig steigen die Anforderungen an die geriatrische Rehabilitation. Nach Angaben der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen werden mehr schwerer betroffene Menschen in schlechterem Funktionszustand in kürzerer Zeit rehabilitiert.

Das Ziel des flächenhaften Ausbaus wohnortnaher ambulanter geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen, ein wesentliches Ziel des Geriatriekonzepts, ist noch nicht vollständig erreicht.

Im Rahmen der demografischen Entwicklung besteht die Herausforderung, dass in allen Bereichen, in der ambulanten ärztlichen Versorgung mehr noch als in der stationären Versorgung, der Anteil der Älteren deutlich zunehmen wird.

## **Ziele**

An der Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgungsstrukturen mit den bewährten Strukturen geriatrischer Schwerpunkt, geriatrisches Zentrum und geriatrische Rehabilitation wird festgehalten. Eine Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung mit Verabredung gemeinsamer Behandlungspfade und einer Organisation einer formalen integrierten Versorgung wird als zukunftsweisend unterstützt.

Geriatrische Rehabilitation ist auf Grund der besonderen Situation der geriatrischen Patienten eine Kombination aus Rehabilitation, Kuration und Prävention. Sie ist für alte Menschen aus ethischen und ökonomischen Gründen geboten. Insbesondere der weitere Ausbau ambulanter rehabilitativer Angebote ist von großer Bedeutung.

Rehabilitation soll durch frühe rehabilitative Maßnahmen bereits im Akutkrankenhaus beginnen, dann aber als Anschlussheilbehandlung konsequent ambulant oder stationär in den ortsnahen Rehabilitationseinrichtungen fortgesetzt werden. Die Krankenhäuser nutzen vermehrt die Möglichkeit, frührehabilitative Komplexbehandlung zu erbringen. Die

Gestaltung der Schnittstelle am Übergang in die Rehabilitation kann weiter verbessert werden.

Es gilt, das Netz der stationären geriatrischen Versorgung zu optimieren und um ambulante Ressourcen zu ergänzen. Es muss eine dem jeweiligen Bedarf der geriatrischen Patientinnen und Patienten angemessene Versorgungsform im ambulanten, stationären, und rehabilitativen Sektor vorgehalten und für die Betroffenen zugänglich gemacht, d.h. ärztlich verordnet und von den Krankenkassen finanziert werden. Insbesondere die ambulanten Ressourcen in der Geriatrie müssen deutlich erweitert werden.

In der vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren moderierten Arbeitsgruppe Geriatrie werden diese Fragen kontinuierlich beraten. Die Kostenträger und die Einrichtungen sind hier vertreten.

Das bisher erfolgreich praktizierte und auf Konsensbildung beruhende Verfahren der Abstimmung mit den an der Weiterentwicklung des Geriatriekonzeptes beteiligten Organisationen, Verbänden und Einrichtungen wird fortgeführt.

## 12. Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe

Ausgangspunkt der Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe vor zehn Jahren war ein Treffen der Bildungsminister aus 29 europäischen Staaten mit dem erklärten Ziel, bis 2010 einen gemeinsamen europäischen Hochschulraum zu schaffen. Mittlerweile sind 46 Staaten am Bologna-Prozess beteiligt. Nach und nach haben Universitäten, Hochschulen und Fachhochschulen auf die Bachelor- und Masterstudiengänge umgestellt und neue Studiengänge eingeführt.

Auch im Bereich der Gesundheitsberufe besteht für Hebammen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden künftig die Möglichkeit, durch ein primärqualifizierendes Studium einen akademischen Abschluss zu erlangen. Auf Initiative der Länder hat der Bundestag am 25. September 2009 die Einführung von Modellklauseln in die Berufsgesetze der genannten Berufe beschlossen. Die neuen Studiengänge sollen im Rahmen zunächst bis 2017 befristeter Modelle umgesetzt werden. Die Ausbildung an einer Fachschule bleibt für die Absolventen mit Mittlerem Bildungsabschluss weiterhin erhalten.

Über die Teilnahme, die Dauer, die Art und sonstige allgemeine Vorgaben zur Ausgestaltung der Modellvorhaben sowie die Bedingungen für die Teilnahme entscheiden jeweils die Länder. Sie stellen außerdem eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele sicher. Diese erfolgen auf der Grundlage von Richtlinien, die das Bundesministerium für Gesundheit am 27. November 2009 im Bundesanzeiger bekanntgemacht hat.

In Abstimmung mit den anderen Bundesländern ist beabsichtigt, für die Umsetzung der Öffnungsklauseln in naher Zukunft die rechtlichen Rahmenbedingungen zu schaffen.

- **Neue Ausbildungsformen in der Pflege**

Nur noch in Deutschland und in Österreich gibt es die klassische Aufgabenteilung in den Pflegeberufen in Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Bereits im Zusammenhang mit der Neuregelung der Pflegeausbildungen durch das Altenpflegegesetz des Bundes und die Novellierung des Krankenpflegegesetzes im Jahr 2003 tendierte die fachliche Diskussion zu einer einheitlichen Pflegeausbildung. Das Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz haben zwar die klassische Berufsaufteilung in der Pflege in modifizierter Form fortgeschrieben. Beide Gesetze haben aber eine Erprobung neuer Wege in den Pflegeausbildungen zugelassen. Als Ergebnis der großen Zahl von Modellprojekten, die aufgrund der Erprobungsklauseln verwirklicht wurden, hat sich gezeigt, dass bis zu 90 Prozent der fachlichen Inhalte in einem einheitlichen Curriculum für alle drei Pflegeberufe untergebracht werden können.

Außerdem erprobt das Robert-Bosch-Krankenhaus mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung eine zweijährige Krankenpflegehilfeausbildung.

Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren erwägt bei einem erfolgreichen Verlauf des Modells einer zweijährigen Krankenpflegehilfeausbildung die Schaffung eines zweijährigen landesrechtlichen Ausbildungsgangs für eine Pflegefachkraft für stabile und berechenbare Pflegesituationen.

- **Novelle Landespflegegesetz**

Aufgrund des demografischen Wandels steigt der Bedarf an Pflegekräften rapide. Parallel verändern sich die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen (z.B. verkürzte Liegezeiten im Krankenhaus, neue Wohnformen in der Altenhilfe).

Um den großen zusätzlichen Personalbedarf decken zu können, sollen weitere Personengruppen für die Pflege gewonnen und weitere Berufsgruppen in die Versorgung betreuungsbedürftiger Menschen einbezogen werden. Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren verfolgt eine Gesamtstrategie zur Gewinnung von Personal, um pflegebedürftige Menschen auch in Zukunft angemessen versorgen zu können.

Die Novelle des Landespflegegesetzes, die am 23. Juni 2010 in Kraft getreten ist, erweitert das Landespflegegesetz, das bisher die Weiterbildung der Pflegeberufe regelte, zu einem Berufsgesetz für Pflege- und Pflege ergänzende Berufe mit Ermächtigungen zum Erlass von Ausbildungs- und Prüfungsordnungen für die einzelnen Berufe sowie Experimentierklauseln zur Erprobung und Weiterentwicklung von neuen Bildungsansätzen.

Ziele sind:

- die bestehende Qualität in der dreijährigen Ausbildung in der Altenpflege und in der Gesundheits- und Krankenpflege zu sichern und zu verbessern,
- die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern und Weiterentwicklungsmöglichkeiten in den akademischen Bereich sowie ausbildungsbegleitend allgemeine Bildungsabschlüsse (Fachhochschulreife) zu erlangen,
- durch neue Ausbildungsberufe die Pflegekräfte von einfachen Betreuungstätigkeiten zu entlasten und Menschen (auch schon vor der Phase der Pflegebedürftigkeit) bei der Bewältigung des Alltags zu unterstützen,
- weitere Bevölkerungsgruppen (Rückkehr aus der Familienphase, Migrantinnen) in die Pflege und Versorgung einzubinden.

Das neue Landespflegegesetz zielt auf eine in sich konsistente, durchlässige Ausbildungslandschaft in der Pflege ab: Sie soll von den einfachsten Betreuungsleistungen durch Alltagsbetreuer über neue landesrechtliche Pflegeberufe bis hin zur akade-

misch weitergebildeten Pflegekraft, die im Wege der Delegation vom Arzt heilberufliche Tätigkeiten übernehmen kann, reichen.

Kernstück der Novelle des Landespflegegesetzes sind Erprobungsregelungen für

- eine zweijährig angelegte Pflegeausbildung oberhalb des bisherigen Helferniveaus für stabile Pflegesituationen,
- den niederschweligen Ausbildungsberuf des Alltagsbetreuers (Unterstützung von alten oder behinderten Menschen in Alltagssituationen),
- eine Stärkung der Pflegekompetenz bei Heilerziehungspflegern, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass es immer mehr alte Menschen mit Behinderungen gibt,
- Ausbildungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit schlechten bzw. ohne Schulabschlüsse und
- die Weiterbildung von Pflegekräften zur Erlangung weiterer medizinischer Kompetenz.

### 13. Gesundheitsstrategie

Gesundheit ist neben Bildung eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Lebensqualität und die Prosperität einer Gesellschaft. Chronische Erkrankungen stellen außerdem die größte Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Ziel der neu konzipierten Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg ist es deshalb, lebensstilbedingte chronische Erkrankungen und gesundheitliche Einschränkungen effektiver als bisher zu vermeiden beziehungsweise ihr Auftreten in eine spätere Lebensphase zu verschieben.

Die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg setzt dazu verstärkt auf Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, die in allen Lebensphasen und Lebenswelten wirksam werden sollen. Um mit chronischen Erkrankungen besser umgehen und die Erkrankten besser versorgen zu können, müssen die Voraussetzungen zur Früherkennung weiterentwickelt werden. Außerdem sollen die Patientenrechte und die Fähigkeit zum Selbstmanagement gestärkt werden. Dazu gehört auch die stärkere Einbindung von Selbsthilfegruppen.

Die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg soll in all diesen Bereichen eine Integrationsplattform für bestehende und neue Ansätze, Programme und Projekte schaffen. Thematisch geht es auch darum, die Bedeutung der Ressource Gesundheit im gesamtwirtschaftlichen Zusammenhang und vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung aufzuzeigen und konkrete Ansätze für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu entwickeln.

Diese Ziele können nur durch die Zusammenarbeit der vielen verschiedenen Akteure im Bereich Gesundheit erreicht und umgesetzt werden. Dazu gehören sowohl die verschiedenen Ressorts als auch z.B. die Akteure des Gesundheitswesens, der Wirtschaft, Bildung, Umwelt- und Naturschutz, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände, Kirchen, Sport, Vereine, Kommunen, Seniorenräte und zahlreicher sonstiger Organisationen.

- Am 7. Juli 2009 wurde die Gesundheitsstrategie Baden Württemberg durch den Ministerrat beschlossen und am 27. Juli 2009 in einer Auftaktveranstaltung der breiten Fachöffentlichkeit vorgestellt. Die weitere Umsetzung erfolgt sowohl auf der Landes- als auch der kommunalen Ebene. Mit der am 20. Dezember 2009 neu konstituierten AG Standortfaktor Gesundheit des Gesundheitsforums Baden-Württemberg wurde eine Koordinierungs- und Kommunikationsplattform für die Umsetzung und Weiterentwicklung der Gesundheitsstrategie eingerichtet. Im Rahmen von Projektgruppen werden die in der Gesundheitsstrategie genannten Themenfelder konkretisiert und weiterentwickelt.

In einem ersten Schritt wurden folgende Projektgruppen eingerichtet:

- Gesundheitsziele Baden-Württemberg



- Aufbau einer auf die Gesundheitsstrategie ausgerichteten Gesundheitsberichterstattung
- Kommunale Gesundheitskonferenzen / -netzwerke
- Betriebliches Gesundheitsmanagement.

In 2010 sind weitere Projektgruppen zu den folgenden Themen vorgesehen:

- Vernetzung regionaler Versorgungsstrukturen,
  - Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung nach den zusätzlichen Zielgruppen Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen,
  - Weiterentwicklung der Früherkennung (Sekundärprävention),
  - Etablierung eines Wettbewerbes zur Gesundheitsstrategie und Öffentlichkeitsarbeit,
  - Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stärkung der Selbsthilfe (Tertiärprävention) sowie
  - Versorgungsforschung.
- 
- **Präventionspakt**

Im Jahre 2006 haben das Land und die Sozialversicherungsträger im Rahmen eines Präventionspaktes eine stärkere Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung beschlossen. Erstmals in Baden-Württemberg wurden gemeinsame Handlungsschwerpunkte und konkrete Präventionsziele vereinbart.

Die Umsetzung des „Präventionspaktes“ wurde im Rahmen des Gesundheitsforums Baden-Württemberg in der AG Prävention / Gesundheitsförderung koordiniert und begleitet.

Die Arbeitsgruppe hat u.a. im Rahmen der kommunalen Adipositasprävention für Kinder und Jugendliche das Projekt "Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg - Kommunale Netzwerke für Ernährung und Bewegung" initiiert, das von der Robert-Bosch-Stiftung gefördert wird. Das bisher in fünf Pilotkommunen umgesetzte Projekt befähigt Kommunen darin, Kooperationen und Vernetzungen mit den relevanten Akteuren vor Ort aufzubauen und Ressourcen zu bündeln. Sie werden dabei unterstützt, vorhandene Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention den relevanten Zielgruppen zugänglich zu machen und gesundheitsfördernde Lebensbedingungen zu schaffen. Ab Mitte 2010 wird das Projekt nach der Umsetzung und der Evaluation in den Pilotkommunen verbreitert und in weiteren interessierten Kommunen umgesetzt.

Ein Abschlussbericht zum Präventionspakt wird derzeit erstellt.

Der Präventionspakt wird in der „AG Standortfaktor Gesundheit“ weiterentwickelt und um den Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention erweitert.

- **Präventionsstiftung**

Die Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg wurde Ende 2009 auf Initiative des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren errichtet. Zweck der Stiftung ist insbesondere die Förderung von Projekten und Maßnahmen der Vernetzung und Kooperation im Bereich der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und die Verbreitung evaluierter, lebensweltorientierter Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. Zielgruppen sind insbesondere Kinder und Jugendliche, aber auch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie ältere Menschen. Die Stiftung ist mit einem Stiftungsvermögen von rund 3 Mio. Euro ausgestattet, wovon 1 Mio. Euro durch Zustifter und 2 Mio. Euro durch das Land selbst eingebracht wurden.

## 14. Gesundheitsschutz

- **Infektionsschutz**

### **Maserneliminierung und Verbesserung der Impfquoten**

Die Eliminierung der Masern bis Ende 2010 ist ein erklärtes Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO), das nur mit einer 95 Prozent-Quote für eine zweimalige Impfung erreichbar ist. Diese Voraussetzung wird derzeit in Baden-Württemberg noch nicht erfüllt. Deshalb ist es erforderlich, durch eine gezielte Kampagne die Impfquoten, insbesondere gegen Masern, weiter zu verbessern. Aus diesem Grund gehören Maßnahmen zur Steigerung der Impfquote zu den Schwerpunktaufgaben des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren. Dazu gehört auch, dass zur Verbesserung der Impffakzeptanz der 2. Nationale Impfkongress 2011 in Baden-Württemberg stattfinden wird.

### **MRE-Management Strategie Baden-Württemberg**

Die kontinuierliche Ausbreitung der Besiedelung mit multiresistenten Erregern (MRE) beeinträchtigt die Versorgung der Patienten und verursacht zusätzliche Kosten u. a. für Diagnostik und Therapie.

Zur Eindämmung der gefährlichen Krankenhauskeime wird im Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren eine Krankenhaushygiene-Verordnung erarbeitet, die Anfang 2011 in Kraft treten soll. Damit sollen in Baden-Württemberg landeseinheitliche Regeln für ein effizientes Hygienemanagement in medizinischen Einrichtungen eingeführt werden. Durch zu erstellende Hygienepläne sollen in jedem Krankenhaus Strukturen geschaffen werden, um gezielte Hygienemaßnahmen, beispielsweise durch entsprechend ausgebildete Hygienefachkräfte, voranzubringen.

Bereits jetzt begleitet das Land den Aufbau von MRE-Netzwerken in fünf Pilotkreisen. Ziel ist die engere Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit den niedergelassenen Ärzten und den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens wie beispielsweise Alten- und Pflegeheimen. Zusammen mit den Leistungsträgern sollen einheitliche Standards entwickelt und abgestimmt werden. Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg hat dazu eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe gegründet, übernimmt eine koordinierende Funktion, erstellt Informationsmaterialien und stellt einen Internetauftritt ([www.mre-netzwerk-bw.de](http://www.mre-netzwerk-bw.de)) zur Verfügung.

- **Influenzapandemieplan Baden-Württemberg**

Die Virusgrippe (Influenza) gehört zu den weltweit unterschätzten Erkrankungen. Bei gewöhnlichen Grippewellen ist in Deutschland mit etwa 5.000 bis 8.000 Todesfällen zu rechnen; bei heftigen Verläufen steigt die Zahl um ein mehrfaches. Die Influenzaviren zeichnen sich dadurch aus, dass jederzeit ein neuartiges Virus entstehen kann, das - hochansteckend - schwere Erkrankungen hervorrufen kann. Ein solches Virus würde eine weltweite Influenzaepidemie, eine sogenannte Pandemie, auslösen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat deshalb ihren Mitgliedstaaten empfohlen, nationale Pläne zur Vorbereitung auf das Eintreten einer Influenzaepidemie zu erarbeiten. Ziel des Plans ist die Sicherstellung der Versorgung erkrankter Menschen, die Reduktion der Erkrankungs- und der Sterblichkeitsrate sowie die zuverlässige und zeitnahe Information über das Auftreten der Krankheitswelle.

Mit dem vorliegenden Influenzapandemieplan Baden-Württemberg werden die für unser Bundesland vorgesehenen Maßnahmen konkretisiert. Er stellt die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes dar und unterstützt die Planungen auf kommunaler Ebene. Der Influenzapandemieplan Baden-Württemberg wird laufend fortgeschrieben.

### **Impfung**

Der wirksamste Schutz gegen eine Virusgrippe (Influenza) ist eine rechtzeitige Schutzimpfung. Schutzimpfungen zählen zu den wichtigsten und effektivsten medizinischen Präventivmaßnahmen. Moderne Impfstoffe sind gut verträglich, unerwünschte gravierende Nebenwirkungen werden nur in ganz seltenen Fällen beobachtet. Unmittelbare Ziele von Impfungen für das Individuum sind die Stärkung seines natürlichen Abwehrsystems gegenüber eindringenden Erregern und die Verhinderung einer Erkrankung.

Die Impfung gegen eine Influenza ist eine präventive Maßnahme, die sowohl die Erkrankungs- als auch die Sterblichkeitsrate in allen Altersgruppen reduziert. So kann beispielsweise eine Gripeschutzimpfung bei Älteren bis zu 80 Prozent der Todesfälle verhindern, die durch die Komplikation einer Grippe-Erkrankung verursacht werden. Besonders wichtig ist die Impfung von medizinischem und pflegendem Personal in stationären und ambulanten Einrichtungen. Sie dient nicht nur dem Eigenschutz, sondern auch dem Schutz der Patienten bzw. den betreuten Personen.

- **Nichtraucherschutz**

Mit dem seit dem 1. August 2007 geltenden Landesnichtraucherschutzgesetz (LNRSchG) vom 25. Juli 2007 wurde in Baden-Württemberg ein weitgehender Schutz der Bevölkerung und insbesondere von Kindern und Jugendlichen vor den Gefahren des Passivrauchens gesetzlich geregelt. Ebenso wie in den anderen Bundes-

ländern wurde in Baden-Württemberg in öffentlich zugänglichen Einrichtungen ein grundsätzliches Rauchverbot mit wenigen Ausnahmeregelungen statuiert.

Abweichend von dem in § 7 Abs. 1 Satz 1 LNRSchG enthaltenen Rauchverbot ist das Rauchen in Gaststätten mit weniger als 75 Quadratmetern Gastfläche und ohne abgetrennten Nebenraum zulässig, wenn keine oder lediglich kalte Speisen einfacher Art zum Verzehr an Ort und Stelle verabreicht werden, Personen mit nicht vollendetem 18. Lebensjahr der Zutritt verwehrt wird und die Gaststätten am Eingangsbereich in deutlich erkennbarer Weise als Rauchergaststätten, zu denen Personen mit nicht vollendetem 18. Lebensjahr keinen Zutritt haben, gekennzeichnet sind.

Außerdem wurde festgelegt, dass in Diskotheken abweichend von § 7 Abs. 1 LNRSchG das Rauchen in vollständig abgetrennten Nebenräumen ohne Tanzfläche zulässig ist, wenn der Zutritt zur Diskothek auf Personen ab vollendetem 18. Lebensjahr beschränkt ist und die Nebenräume in deutlich erkennbarer Weise als Raucheräume gekennzeichnet sind.

Geregelt wurde außerdem, dass ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 7 LNRSchG als Betreiber (Gastwirt) seiner Kennzeichnungspflicht nicht nachkommt oder als Betreiber (Gastwirt) Verstöße gegen das Rauchverbot nicht verhindert. Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 2500 Euro und im innerhalb eines Jahres erfolgenden Wiederholungsfall mit einer Geldbuße bis zu 5000 Euro geahndet werden.

In Gemeinsamen Ausführungshinweisen des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren und des Wirtschaftsministeriums zur Umsetzung des Landesnichtraucherschutzgesetzes in Gaststätten wurden den für die Überwachung des Nichtraucherschutzes zuständigen Behörden außerdem konkrete Hinweise für die Umsetzung vor Ort gegeben.

## **15. Gesundheitsforum und Gesundheitsregionen**

Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren hat es sich zum Ziel gesetzt, die im Gesundheitssektor Tätigen zusammenzubringen und für eine dauerhafte und gute Zusammenarbeit zu sorgen. Dabei kann auf zum Teil bereits langjährig bestehende Netzwerke und eine hoch entwickelte Forschungslandschaft zugegriffen werden.

### **Gesundheitsforum Baden-Württemberg**

Ziel des Gesundheitsforums ist es, die Kommunikation und Kooperation zwischen den Partnern des Gesundheitssystems zu fördern. Damit sollen übergreifende Entwicklungen und Innovationen durch intensivere Zusammenarbeit und engere Abstimmung leichter realisiert werden. Im Rahmen des Gesundheitsforums Baden-Württemberg, das unter Federführung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren im Jahr 2000 geschaffen wurde, kommen Vertreter der Gesundheitsindustrie, Pharmazie und Medizintechnik, der Wissenschaft, der Ärzte- und Zahnärzteschaft, der Apotheker, der Krankenkassen, der Krankenhäuser und der Reha- und Kureinrichtungen sowie der fachlich berührten Ministerien zusammen. Unter Mitwirkung des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst sowie des Wirtschaftsministeriums konnten in diesem Rahmen zahlreiche innovative Projekte entwickelt und erfolgreich umgesetzt werden.

Eine thematische und personelle Verbreiterung des Gesundheitsforums hat im Jahr 2009 mit der Umsetzung der Gesundheitsstrategie und der Aufnahme neuer Mitglieder begonnen. Denn Gesundheit wird inzwischen auch als Standortfaktor gesehen, was neue Perspektiven eröffnet. Um der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung dieses strategischen Ansatzes Rechnung zu tragen, wurden die Kommunalen Landesverbände, die IHK, die Arbeitgeberverbände und die Gewerkschaften, der Landessportverband, Patientenvertreter und weitere Ministerien in das Gesundheitsforum aufgenommen. In themenbezogenen Arbeits- und Projektgruppen engagieren sich darüber hinaus weitere Institutionen und Verbände.

## **BMBF-Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft – Fortschritt durch Forschung und Innovation“**

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hat im Januar 2008 den Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft – Fortschritt durch Forschung und Innovation“ ausgeschrieben. Die Landesregierung hat aufbauend auf dem bestehenden „Gesundheitsforum“ ressortübergreifend und mit Unterstützung der BIOPRO GmbH die baden-württembergischen Bewerber in diesem Wettbewerb begleitet. Prämiert wurden Regionen, die ein Konzept entwickelt haben, um Dienstleistungen, Forschung, Gesundheitsversorgung und die Gesundheitsindustrie besser miteinander zu verzahnen.

Von den bundesweit 86 eingereichten Regionalkonzepten kamen 20 aus Baden-Württemberg. Mit fünf hieraus ausgewählten Finalisten<sup>1</sup> war Baden-Württemberg bei diesem Wettbewerb das erfolgreichste Land. Jeder der fünf Finalisten erhielt vom BMBF 100.000 Euro zur weiteren Konzeptentwicklung.

Diese in der ersten Runde des Bundeswettbewerbes erfolgreichen fünf Gesundheitsregionen aus Baden-Württemberg erhielten im Rahmen des Plenumstreffens des Gesundheitsforums Baden-Württemberg am 17. Oktober 2008 die Gelegenheit, in diesem Kreis der wichtigsten baden-württembergischen Partner des Gesundheitssektors ihre Projekte bekannt zu machen. Alle fünf Gesundheitsregionen wurden als wichtige neue Mitglieder in das Gesundheitsforum aufgenommen.

Auf dem Hauptstadtkongress 2009 in Berlin wurden zwei Siegerregionen prämiert, eine davon, die baden-württembergische Region REGiNA – ein Anwenderzentrum für regenerative Medizin der BioREGIO Stern Management GmbH. Das BMBF fördert REGiNA für vier Jahre mit insgesamt 7,5 Mio. Euro. Die Beteiligten an REGiNA bringen ihrerseits weitere 7,5 Mio. Euro ein.

Drei Regionen aus Baden-Württemberg haben an der zweiten Runde des Wettbewerbs 2010 teilgenommen. Als eine von bundesweit drei Siegerregionen war die Metropolregion Rhein-Neckar – Raum für Gesundheit GmbH erfolgreich, die in den kommenden vier Jahren ebenfalls mit jeweils rund 7,5 Mio. Euro gefördert wird. Ziel deren Konzeptes ist die bessere Versorgung chronisch kranker Patienten.

Der Wettbewerb und die praktische Umsetzung in den Regionen tagen dazu bei, medizinische Forschung, Entwicklung neuer Produkte und Methoden und die Gesundheitsversorgung zum Nutzen der Patienten einzusetzen. Eine gute Zusammenarbeit aller Beteiligten in den Regionen ist dazu der Schlüssel.

---

<sup>1</sup> Metropolregion Rhein-Neckar GmbH (Mannheim), GesundheitsRegion Stuttgart, BioREGIO STERN Management GmbH in der Region Neckar-Alb, Gesundheitsregion Schwaben (Ulm), Gesundes Kinzigtal GmbH (Haslach).

Auch die Region Stuttgart konnte die mit dem Preisgeld der ersten Runde begonnene Aufbauarbeit erfolgreich nutzen. Mit Fördergeldern der Europäischen Union baut die Wirtschaftsförderung Region Stuttgart GmbH (WRS) mit dem Projekt AFRESH ein Gesundheitsnetzwerk in Europa auf. Insgesamt acht europäische Regionen werden ihre Erfahrungen bei der Vorbeugung und Therapie ernährungsbedingter Krankheiten austauschen. Eine halbe Million Euro fließt hierfür in die Region Stuttgart.

Die Gesundheitsregion Schwaben (Ulm) soll die bereits gewonnenen Erfahrungen und Ideen des Konzepts „P.R.I.M.U.S.-Plattform, Instrumente und Medizin für die Ursachenbekämpfung von Stoffwechselstörungen“ in die Projekte der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg einbringen.

Auch das Konzept im Ortenaukreis („Gesundes Kinzigtal“) wird in den verschiedenen Arbeitsgruppen weiter einbezogen werden (z.B. in der Unterarbeitsgruppe regionale Versorgung chronisch Kranker des Gesundheitsforums).

Weitere regionale Netzwerke mit gesundheitlichen Themenstellungen werden durch die Clusteraktivitäten des Wirtschaftsministeriums und des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst und dem Spitzenclusterwettbewerb des BMBF unterstützt und ebenfalls vom Gesundheitsforum als Leuchtturmprojekte beworben.