

Zweite Beratung des Gesetzentwurfs der Landesregierung
Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden
Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg und zur
Änderung anderer Gesetze
Drucksache 15/7722
Erste Beratung des Gesetzentwurfs der Landesregierung
Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
und zur Änderung anderer Vorschriften
Drucksache 15/7723

Anrede

Ich denke, wir können festhalten, dass der Gesundheitssektor wahrscheinlich einer der Politikbereiche mit den meisten „Interessensvertretern“ ist.

Allein bei den Leistungsträgern geht die Palette von einer Vielzahl von gesetzlichen Krankenkassen über die privaten Krankenversicherungen hin zu den verschiedenen Rentenversicherungen, den Unfallkassen und den Kommunen.

Hinzu kommen die sehr unterschiedlichen Anbieter von Gesundheitsleistungen von den großen Krankenhäusern bis zur einzelnen Praxis zum Beispiel für Physiotherapie und ihren Kammern oder Verbänden.

Und daneben gibt es natürlich noch die Beschäftigten, die Kammern und Berufsverbände, die Selbsthilfeorganisationen und nicht zuletzt die Patientinnen und Patienten.

Wenn diese nur für sich selbst sprechen, gehen die Meinungen zur Gesundheitsversorgung mitunter sehr weit auseinander.

Wir haben es z.B. bei der Diskussion rund um das Krankenhausstrukturgesetz gesehen: Die Forderungen der Verbände der Krankenkassen, die ein Großteil der Mehrausgaben für dieses Gesetz zu tragen haben, und die der Kliniken in Baden-Württemberg lagen doch deutlich auseinander.

Ähnliches gilt für die Vertreter der jeweiligen Sektoren. Die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenhausgesellschaft in Baden-Württemberg haben beispielsweise sehr unterschiedliche Ansichten zum Thema Portalpraxen.

Manchmal macht es wenig Sinn, nur für sich allein zu beraten und eine eigene Meinung zu bilden. Und dann ist es halt nötig, sich gemeinsam an einen Tisch zu setzen und zu beraten.

Deshalb wollen wir die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und die Vernetzung aller Beteiligten im Gesundheitswesen in Baden-Württemberg stärken.

Unsere Ministerin Katrin Altpeter – und in Teilen auch schon ihre Vorgängerin Frau Dr. Stolz – haben da schon viele Gremien und Abstimmungsprozesse bis zur Landesgesundheitskonferenz initiiert und weiterentwickelt.

Das Gegeneinander, was etwa in Vergütungsverhandlungen zwischen Kassen und Ärzten durchaus einmal sein muss, muss an der Stelle durch ein Miteinander ersetzt werden, wo es über übergeordnete Fragen der gesundheitlichen Versorgung in Baden-Württemberg geht.

Um diesen notwendigen Prozess zu stärken, wollen wir jetzt die wesentlichen Instrumente, die Gremien, ihre Aufgaben und die Arbeitsweise auf eine gesetzliche Grundlage stellen. Ich denke, die bisher im Gesundheitsdialog gesammelten Erfahrungen und die Ergebnisse der schriftlichen Anhörung zeigen uns, dass wir da auf einem richtigen Weg sind.

Im Wesentlichen gab es nur an einer Stelle weit auseinandergehende Meinungen: So wird die verbindliche Einrichtung von Gesundheitskonferenzen auf kommunaler Ebene von allen Beteiligten begrüßt. In der Anhörung hat es sich gezeigt, dass die Meinungen im Hinblick auf die Finanzierung etwas auseinander gehen.

Klar ist, dass für Planung, Organisation und Durchführung dieser Konferenzen Kosten entstehen. Deshalb erhalten die Landkreise und kreisfreien Städte zur Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen einen Ausgleich.

Über die Novellierung des Öffentlichen Gesundheitsdienst-Gesetzes werden wir eine Kompensation schaffen.

Denn wir schaffen auch Freiräume im ärztlichen Dienst - ich komme später darauf zurück -, überprüfen, ob das reicht, und legen ggf. noch eine Schippe drauf.

Die Kommunalen Landesverbände waren der Meinung, dass der Finanzausgleich über entfallende Gutachten nicht auskömmlich sei. Konnexität ist für uns ein hohes Gut und deshalb nehmen wir die Sorge der KLVen ernst.

Dies ist der Hintergrund für unseren Änderungsantrag im Ausschuss, mit dem wir das Sozialministerium beauftragen, nach einer Anlaufphase, die tatsächlich entstehenden Kosten für die Durchführung der Gesundheitskonferenzen zu evaluieren und dann über die Finanzierung bis zum 31.12. des nächsten Jahres mit unseren kommunalen Partnern eine Finanzierungsvereinbarung abzuschließen – ganz klar aber unter Einbeziehung der personellen Ressourcen, die nach Wegfall gutachterlicher Aufgaben frei werden.

Noch ein paar Worte zum nächsten zu beratenden Gesetz, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst-Gesetz:

Auch da geht es um eine Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung. Auch da wollen wir ein Anliegen der Kommunen aufgreifen und unterstützen.

Es soll – und vielleicht kann man an dieser Stelle ein „wieder“ einfügen – möglich werden, dass die Kommunen mehr Verantwortung für die Gesundheit ihrer Bevölkerung übernehmen können.

Wir wollen dem Gedanken der „öffentlichen Gesundheit“ – „Public Health“ insbesondere mit den Schwerpunkten Prävention und Gesundheitsförderung in den Kommunen mehr Gewicht zumessen.

Vor allem die jüngeren Ärztinnen und Ärzte wie auch die Mitglieder aus anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen haben in ihrer Ausbildung neue Ansätze mit in die

Praxis gebracht. Etwa auch durch die Weiterentwicklung ihres Faches in Ländern mit einem staatlichen Gesundheitssystem.

Wer früh und umfassend mit Prävention und Gesundheitsförderung beginnt, hat eine gesündere und leistungsfähigere Bevölkerung mit weniger Ausgaben für die Behandlung von Krankheiten und höherer wirtschaftlicher Produktivität.

Die Kommunen haben hier viel bessere Möglichkeiten als viele andere Beteiligte im Gesundheitswesen, denn sie haben direkten Zugang zur Lebenswelt ihrer Bevölkerung. Neben dem Elternhaus spielen etwa die Kindertagesstätten und Schulen eine äußerst wichtige Rolle für die Gesundheit nicht nur im Kindes-, sondern auch im Erwachsenenalter. Wer hier richtige Ernährung, viel Bewegung und einen Schutz vor Erkrankungen lernt und einübt, behält das normalerweise ein Leben lang.

Aber auch in anderen Feldern sind die Kommunen näher an ihren Bürgerinnen und Bürgern. Zum Beispiel werden Maßnahmen zur Sicherheit im Straßenverkehr oder Sturzprophylaxe für ältere Menschen nicht in der Hausarztpraxis angeboten.

Neue bzw. erweiterte Aufgaben führen zur Überlegung, ob nicht an der ein oder anderen Stelle etwas abgespeckt werden kann. Der Vorschlag, dies im Wesentlichen bei den Gutachten zu tun, kam direkt von der ärztlichen und kommunalen Seite. Das haben wir überprüft – u.a. im Rahmen einer gut besuchten Fachtagung - und im Wesentlichen dann auch so umgesetzt.

Denn aus der heutigen Sicht ist einerseits nicht mehr jedes ärztliche Gutachten, was im Königreich Württemberg durch einen Obermedizinalrat erstellt werden musste, noch erforderlich und andererseits, wenn es noch erforderlich ist, dann kann es auch ein anderer Arzt – zum Beispiel der Hausarzt oder der ohnehin behandelnde Facharzt – erstellen.

Also: beide Gesetze, die wir heute abschließend beraten, sind gut für die Kommunen und gut für die Gesundheit der Menschen in unserem Land.

Deshalb bitte ich um Zustimmung zum Änderungsantrag und für beide Gesetze.

Abschließend noch zu Ihrem Änderungsantrag: Wenn Sie die Drucksache mit dem Gesetzentwurf auf Seite 73 aufschlagen, dann finden Sie dort in der Begründung genau die Umsetzungsvereinbarung erwähnt, die Sie gern im Gesetz hätten. Da es in diesem Fall keine gegensätzlichen Interessen gibt, sondern alle an einem Strick ziehen sollten, sind wir der Meinung, dass eine Umsetzungsvereinbarung eher nicht ins Gesetz gehört.