

Kleine Anfrage

der Abg. Klaus Burger und Wolfgang Reuther CDU

und

Antwort

**des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Senioren**

Umsetzung der Schlaganfallversorgung und Investitionsförderung in Baden-Württemberg

Kleine Anfrage

Wir fragen die Landesregierung:

1. Auf welche Art und Weise wird sichergestellt, dass alle Schlaganfallpatienten notfallmäßig in die nächstgelegene Schlaganfalleinheit eingewiesen und dort umgehend diagnostiziert werden?
2. Gibt es einen Ausschluss für Versorgung von Schlaganfallpatienten für Kliniken im Rahmen ihres Versorgungsauftrags, die über keine Schlaganfalleinheit verfügen?
3. Wenn ja, werden solche Ausschlüsse auch für die Zukunft für alle Kliniken erwogen, die über keine Schlaganfalleinheit verfügen?
4. Inwieweit gibt es validierte Erkenntnisse über die Qualität der Versorgung von Patienten in Schlaganfalleinheiten bzw. in Krankenhäusern, die über keine Schlaganfalleinheit verfügen?
5. In welchem Umfang werden Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung im Rahmen des Jahreskrankenhausbauprogramms für das Jahr 2013 gefördert?
6. In welchem Rahmen können die Regierungspräsidien im Jahr 2013 selbstständig über Mittel in Verbindung mit den ergänzenden Förderprogrammen verfügen?
7. Inwieweit nimmt sie bei ihren Entscheidungen über die Förderung von Investitionen Einfluss auf die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern?

8. Wie steht sie zu der nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz gegebenen Möglichkeit, leistungsorientierte Investitionspauschalen für die Kliniken vorzusehen?
9. Sieht sie darin eine Alternative zur praktizierten Einzelförderung, um die nach den Förderkriterien vorgesehene flächendeckende und wohnortnahe Grundversorgung sicherzustellen?

05.08.2013

Burger, Reuther CDU

Begründung

Die Umsetzung der Schlaganfallkonzeption hat für das Land Baden-Württemberg eine besondere Bedeutung, da Schlaganfälle die dritthäufigsten Todesursachen sind und die führende Ursache für Invalidität. Darüber hinaus sind im Jahr 2012 die Kriterien für die Förderung von Investitionen in Baden-Württemberg neu überarbeitet worden. Die flächendeckende und ortsnahe stationäre Versorgung hat dabei für das Land eine herausragende Bedeutung. Des Weiteren kann eine Förderentscheidung mit Nebenbestimmungen bzw. Auflagen versehen werden.

Antwort

Mit Schreiben vom 29. August 2013 Nr.56-0141.5/15/3923 beantwortet das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren im Einvernehmen mit dem Innenministerium und dem Ministerium für Finanzen und Wirtschaft die Kleine Anfrage wie folgt:

Wir fragen die Landesregierung:

1. *Auf welche Art und Weise wird sichergestellt, dass alle Schlaganfallpatienten notfallmäßig in die nächstgelegene Schlaganfalleinheit eingewiesen und dort umgehend diagnostiziert werden?*

Die Prognose von Schlaganfällen kann durch schnelle Diagnostik, adäquate Therapie und rechtzeitig einsetzende Frührehabilitation deutlich verbessert werden. Die Schlaganfallkonzeption des Landes als medizinische Fachplanung sieht daher vor, dass alle Schlaganfallpatienten notfallmäßig in die nächstgelegene Schlaganfalleinheit eingewiesen und dort umgehend diagnostiziert werden sollen. Soweit bereits präklinisch zu erkennen ist, dass die therapeutischen Möglichkeiten einer Lokalen Schlaganfallstation nicht ausreichen, ist der Patient direkt in einen Regionalen Schlaganfallschwerpunkt (Regionale Stroke Unit) bzw. in ein Schlaganfallzentrum (Überregionale Stroke Unit) einzuweisen.

Um seine häufig lebensrettende Funktion erfüllen zu können, muss der Rettungsdienst nicht nur schnell am Einsatzort eintreffen, sondern den Patienten auch adäquat transportieren. Nach § 1 Abs. 2 Rettungsdienstgesetz ist es Aufgabe des Rettungsdienstes, bei Notfallpatienten Maßnahmen zur Erhaltung des Lebens und zur Vermeidung gesundheitlicher Schäden einzuleiten, sie transportfähig zu machen und unter fachgerechter Betreuung in eine für die weitere Betreuung geeignete Einrichtung zu transportieren. Notfallpatienten, bei denen ein Schlaganfallverdacht besteht, sind hiernach grundsätzlich in die Schlaganfalleinheiten zu transportieren. Der Landesausschuss für den Rettungsdienst hat dies in Unterstützung

der Schlaganfallkonzeption des Landes auf seiner 51. Sitzung noch einmal bekräftigt. Die Bereichsausschüsse der Rettungsdienstbereiche sowie die Leitstellenträger wurden in Umsetzung dieses Beschlusses gebeten, im Rahmen der Durchführung des Rettungsdienstgesetzes sicherzustellen, dass sowohl Rettungsdienste wie Notärzte Verdachtsfälle auf Schlaganfall und für die Schlaganfalltherapie geeignete Patienten den ausgewiesenen Schlaganfalleinheiten in Baden-Württemberg zur weiteren Behandlung zuweisen.

2. Gibt es einen Ausschluss für Versorgung von Schlaganfallpatienten für Kliniken im Rahmen ihres Versorgungsauftrags, die über keine Schlaganfalleinheit verfügen?

3. Wenn ja, werden solche Ausschlüsse auch für die Zukunft für alle Kliniken erwogen, die über keine Schlaganfalleinheit verfügen?

Die Schlaganfallversorgung ist dreistufig ausgerichtet. Damit wird sichergestellt, dass alle Schlaganfallpatienten eine der Art und dem Schweregrad ihrer Erkrankung angemessene, qualitativ gleichrangige Versorgung erhalten. In der stationären Versorgung werden drei Versorgungsebenen (lokale Schlaganfalleinheit, regionale und überregionale Stroke Unit) mit unterschiedlichen Einzugsgebieten für Schlaganfallpatienten vorgehalten. Die Behandlung von Schlaganfallpatienten soll gemäß Schlaganfallkonzeption in den ausgewiesenen Schlaganfalleinheiten erfolgen.

Krankenhausplanerisch besteht grundsätzlich die Möglichkeit, den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses innerhalb eines ausgewiesenen Fachgebiets durch weitere planerische Vorgaben zu konkretisieren. Dies gilt analog auch für medizinische Fachplanungen.

4. Inwieweit gibt es validierte Erkenntnisse über die Qualität der Versorgung von Patienten in Schlaganfalleinheiten bzw. in Krankenhäusern, die über keine Schlaganfalleinheit verfügen?

Die Schlaganfallkonzeption macht umfangreiche Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität der Schlageinfalleinheiten. Die Erfüllung dieser Kriterien muss vor der erstmaligen Ausweisung und im Rahmen regelmäßiger Zertifizierungen nachgewiesen werden.

Alle Schlaganfalleinheiten sind verpflichtet, an Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 137 SGB V sowie nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 i. V. m. § 137 SGB V teilzunehmen. Die Qualitätssicherungsmaßnahmen umfassen die Bewertung von Prozess- und Ergebnisqualität in der Schlaganfallversorgung. Die Aufgabe wird von der Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (GeQik) in Baden-Württemberg wahrgenommen. Zu jedem innerhalb der ersten Woche nach Schlaganfallereignis stationär versorgten Patienten muss das behandelnde Krankenhaus einen pseudonymisierten Datensatz mit medizinischen Behandlungsdaten an die Geschäftsstelle übermitteln. Auf dieser Grundlage werden dann einmal jährlich in Form einer Jahresauswertung Ergebnisse berechnet und für pseudonymisierte Krankenhausvergleiche verwendet. Zusätzlich werden auch Gesamtauswertungen für Baden-Württemberg erzeugt und veröffentlicht. Eine Differenzierung zwischen Krankenhäusern mit zertifizierter Schlaganfalleinheit und ohne eine solche Einheit wird derzeit nicht vorgenommen. Krankenhäuser werden ohne Berücksichtigung dieses Strukturmerkmals bezüglich der Erfüllung der medizinischen Vorgaben verglichen. In Form eines sogenannten strukturierten Dialoges tritt die zuständige Arbeitsgruppe Schlaganfall regelmäßig über die Geschäftsstelle mit rechnerisch auffälligen Krankenhäusern (unter Wahrung der Anonymität) in schriftlichen Kontakt, um die Versorgungsqualität zu beleuchten und ggf. Verbesserungsbedarf festzustellen.

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie zitiert in ihrer aktuellen Leitlinie zur Akutbehandlung des ischämischen Schlaganfalls die Ergebnisse der „Stroke Unit Trialists' Collaboration 2007“, denen zufolge die Behandlung auf einer Schlaganfallstation, verglichen mit der in einer allgemeinen Klinik, sehr effektiv ist und die Mortalität relativ um 18 bis 46 %, das Risiko einer Abhängigkeit um 29 % und

die Notwendigkeit einer Weiterbetreuung in einem Pflegeheim oder einer vollständigen häuslichen Pflege um ca. 25 % reduziert. Dieser Effekt zeigt sich unabhängig von Geschlecht und Alter der Patienten sowie vom Typ des Schlaganfalls.

5. In welchem Umfang werden Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung im Rahmen des Jahreskrankenhausbauprogramms für das Jahr 2013 gefördert?

Der Krankenhausplan 2010 weist den Krankenhäusern keine Leistungsstufen mehr zu. Das Jahreskrankenhausbauprogramm 2013 umfasst ein Investitionsvolumen in Höhe von 250 Mio. Euro. Zur Förderung vorgesehen sind insgesamt 18 Projekte an folgenden Krankenhäusern: SLK-Kliniken Gesundbrunnen Heilbronn, Johannesdiakonie Mosbach, Nierenzentrum Heidelberg, Kreiskrankenhaus Heidenheim, St. Elisabeth-Krankenhaus Ravensburg, Loretto-Krankenhaus Freiburg, Klinikum Esslingen, Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart, Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim, Orthopädische Klinik Markgröningen, Spital Waldshut, Paul-Lechler-Klinik Tübingen, Klinikum Stuttgart, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Krankenhaus Tettanang, Krankenhaus Lahr, Ortenauklinikum Offenburg und Klinikum Pforzheim.

6. In welchem Rahmen können die Regierungspräsidien im Jahr 2013 selbstständig über Mittel in Verbindung mit den ergänzenden Förderprogrammen verfügen?

Den Regierungspräsidien stehen für die entsprechenden Förderprogramme in ihren Bezirken im Jahr 2013 insgesamt 8 Mio. EUR zur Verfügung.

7. Inwieweit nimmt sie bei ihren Entscheidungen über die Förderung von Investitionen Einfluss auf die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern?

Die Förderpolitik des Landes verfolgt das Ziel, eine zeitgemäße und zukunftsweisende Krankenhausstruktur sicherzustellen. Die Förderkriterien für das Landeskrankenhausbauprogramm wurden dazu auf der Basis zukunftsorientierter Förderkriterien und Förderschwerpunkte überarbeitet. Sämtliche Förderanträge sind an der Erfüllung dieser Förderkriterien zu messen. Die bedarfsplanerischen Vorgaben auf der Grundlage des jeweils aktuellen Landeskrankenhausplanes stellen dabei die verbindlichen Grundlagen jeder Förderentscheidung dar. Im Einzelfall können mit einer Förderentscheidung ggf. auch bedarfsplanerische Korrekturen im Sinne nachhaltiger Gesamtstrukturen verbunden werden.

Kooperationen von Krankenhäusern werden vom Land krankenhaushausplanerisch unterstützt, da Kräfte gebündelt und wirtschaftliche Strukturen geschaffen werden. Auch die Investitionsförderung des Landes wird gezielt zur Entwicklung und Stärkung von kooperierenden Krankenhäusern eingesetzt. Förderkriterien sind beispielsweise die Förderung von allen Maßnahmen, die verstärkt der Kooperation oder der Zusammenarbeit einzelner Krankenhäuser dienen, eine Verbesserung der Krankenhausstrukturen zum Ziel haben oder die zu einer nachhaltigen Reduzierung der Betriebskosten führen.

Hinsichtlich der Trägerstruktur ist bei Aufstellung der Krankenhausbauprogramme gemäß § 1 Abs. 2 Landeskrankenhausgesetz (LKHG) auch die Vielfalt der pluralen Krankenhauslandschaft angemessen zu berücksichtigen.

8. *Wie steht sie zu der nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz gegebenen Möglichkeit, leistungsorientierte Investitionspauschalen für die Kliniken vorzusehen?*
9. *Sieht sie darin eine Alternative zur praktizierten Einzelförderung, um die nach den Förderkriterien vorgesehene flächendeckende und wohnortnahe Grundversorgung sicherzustellen?*

Gem. § 10 Abs. 1 KHG bleibt das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden, unberührt.

Die Landesregierung hat sich im Koalitionsvertrag entschieden, an der dualen Krankenhausfinanzierung festzuhalten. Die duale Krankenhausfinanzierung mit einer starken Einzelförderung von Krankenhausinvestitionen wird in Baden-Württemberg im Einklang mit der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft sehr intensiv gelebt. Die entsprechenden Investitionsmittel wurden in den letzten Jahren deutlich erhöht; insgesamt stehen in Baden-Württemberg in den Jahren 2013 und 2014 zusammen knapp 800 Mio. Euro für die Förderung von Krankenhausinvestitionskosten zur Verfügung.

Das System der dualen staatlichen Investitionsförderung hat viele systemische Vorteile, aber auch erhebliche Vorteile für die Krankenhausträger. Über die Einzelförderung von Investitionen können gezielte und krankhausplanerisch hinterlegte bauliche und strukturelle Verbesserungen in der stationären Versorgung erreicht werden; dies wäre über eine generell pauschale Verteilung der Mittel in der Form nicht möglich. Für die Krankenhausträger bietet die Einzelförderung den großen Vorteil, dass eine langwierige Ansparphase entfällt und wichtige, zentrale Großprojekte zeitnah realisiert werden können. Eine vom Land verantwortete Einzelförderung der Krankenhausinvestitionen ist damit auch Ausdruck der verfassungsrechtlich vorgegebenen staatlichen Versorgungsverantwortung.

Altpeter

Ministerin für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Senioren