



Rede
von
Staatsministerin Melanie Huml

Sitzung des Bayerischen Landkreistages; Älterwerden im
ländlichen Raum: Anforderungen an Medizin und Pflege

Bayerisch Eisenstein, am 06.05.2015

Es gilt das gesprochene Wort

Begrüßung

Anrede!

Sehr geehrte/r

- **Herr Landrat Bernreiter**, lieber Christian
- **Herr Alois Glück**, Präsident des Zentralkomitees deutscher Katholiken
- **Damen und Herren!**

Schon alt? Noch
jung?

„Die ist ja noch jung“, habe ich neulich eine alte
Dame sagen hören, „die ist ja erst 70!

Worüber wir jetzt schmunzeln ist doch
symptomatisch für den tiefgreifenden demographi-
schen Wandel in unserer Gesellschaft.

**Die Menschen haben heute die Chance auf ein
sehr langes Leben.** Noch jung? Schon alt? Hier
verschieben sich die Sichtweisen.

Versorgung im
Alter

Alt werden zwar immer nur die anderen. Das ist
doch klar.

Aber für die ist es wichtig, dass sie sich auf eine **qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung** verlassen können. Auch und erst recht in den ländlichen Räumen.

Darum müssen wir uns gemeinsam kümmern. Und so freue ich mich sehr, dass es das Thema Ihrer Jahrestagung ist.

Grüß Gott!

Ein herzliches Grüß Gott hier in Bayerisch

Eisenstein. Ich bin heute sehr gerne in den Landkreis Regen gekommen, um aktuelle Anliegen in puncto medizinische Versorgung und Pflege mit Ihnen zu diskutieren.

Und ich habe noch zwei Förderbescheide

Gesundheitsregionen^{plus} im Gepäck, die werde ich am Ende überreichen.

Herausforderung Demographie

Wandel	Eine alternde aber bunter werdende Gesellschaft, Strukturwandel in den ländlichen Räumen, stark veränderte Familienbilder, selbstbewusste Senioren, die das Leben genießen wollen.
Veränderte Krankheitsbilder	Das ist in etwa die Lage auf die sich unsere medizinische Versorgungs- und Pflegelandschaft einstellen muss. Zum Beispiel darauf, dass sich die häufigsten Krankheitsbilder hin zu altersbedingten und chronischen Erkrankungen verschieben werden . Auch die Fallzahlen werden sich erhöhen. Doch darauf komme ich noch zu sprechen.
Ganz kurz: Prävention	Es ist mir wichtig vorzuschicken, wie unerlässlich es in dieser Situation ist, die Chancen, die uns Gesundheitsförderung und Prävention eröffnen , voll auszuschöpfen. Denn am besten ist es unbestritten , erst gar nicht bzw. so spät wie möglich krank zu werden.

Ich möchte das **Thema heute nicht vertiefen**. Ich denke, für Sie stehen heute andere Aspekte im Vordergrund. Ich wollte nur betont haben, dass man Prävention und Gesundheitsförderung mitdenken muss, wenn man sich über die **gesundheitliche Versorgung in den ländlichen Räumen** Gedanken macht.

Ambulante medizinische Versorgung

Ärzte bei den
Menschen

Beginnen wir mit der **ambulanten medizinischen Versorgung**.

Hier ist für ältere Menschen wichtig, dass sie in **Wohnortnähe medizinisch versorgt** werden können. Da wo sie krank sind und wieder gesund werden wollen.

Vor allem **Hausärzte** spielen hier eine große Rolle. Sie kennen die Krankengeschichte der Patienten und können mit diesem Überblick notwendig werdende, auch fachärztliche, Behandlungen koordinieren.

Aktuell gute Versorgungslage
Erfreulicherweise ist Bayern hier sehr gut aufgestellt.
Alle **Landesteile sind sehr gut mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten versorgt.**

Aber: Dranbleiben!
Aber wir **müssen am Ball bleiben**, wenn wir die gute Ausgangslage **in Zukunft erhalten** wollen.

Auch die Bundesregierung stellt sich aktuell mit dem **GKV-Versorgungsstärkungsgesetz den zukünftigen Herausforderungen.**

Problem: Altersstruktur der Hausärzte
Da ist **zum einen die Altersstruktur der Ärzte**, vor allem der Hausärzte. Aktuell sind im Freistaat über 30 Prozent der Hausärzte über 60 Jahre alt.

90 % fachärztliche Weiterbildungen
Zugleich zielt sich der **Nachwuchs**, um es mal salopp zu sagen. **90 Prozent der angehenden Ärzte** wählen eine Weiterbildung, die **nicht in eine hausärztliche Tätigkeit** mündet.

Förderung der Weiterbildung in
Hier setzt der Gesetzgeber **im GKV-VSG einen Kontrapunkt:**

der Allgemein-
medizin

- Mindestens **2.500 zusätzliche, geförderte Weiterbildungsstellen** sollen in der Allgemeinmedizin geschaffen werden (damit insges. mindestens 7.500).
- Zusätzlich soll die **Weiterbildungsvergütung in der Allgemeinmedizin angehoben werden.**
Bayern hat diese geplante Änderung daher von Anfang an unterstützt.

Verteilung der
Ärzte

Ein **weiterer wichtiger Punkt** ist die **Verteilung der Ärzte**. Wir haben zwar genügend Ärzte, aber heute schon nicht überall dort wo sie gebraucht werden.

GKV-VSG setzt
hier an vielen
kleinen Stell-
schrauben an

Das GKV-VSG nimmt sich dieser Thematik gleich an mehreren Stellen an:

- Sei es durch **verstärkte Anreize zur Niederlassung** in schwächer versorgten Gebieten,
- **verbesserte Möglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Niederlassungssteuerung**

- oder durch den Anspruch auf **vorübergehende Ermächtigung von Krankenhäusern** zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung - wenn und solange niedergelassene Ärzte in der Region fehlen.

Regionale Besonderheiten beachten

Eine gute Versorgungspolitik muss aber auch immer die **Versorgungsstrukturen vor Ort** berücksichtigen. Dies ist seit Langem unsere Überzeugung in Bayern.

Einsatz Bayerns für regionale Abweichung

Deshalb hat **Bayern** zusammen mit anderen Ländern bei der Novellierung der Bedarfsplanung **durchgesetzt**, dass die Selbstverwaltungspartner vor Ort von den grundsätzlich **bundesweit geltenden Vorgaben abweichen** können - wenn dies auf Grund **regionaler Besonderheiten** für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist.

Auf dieser Basis konnten beispielsweise im Bereich der **hausärztlichen Versorgung** schon **15 Mittelbereiche weiter geteilt** werden.

Weitere 25 Teilungen werden durch die zuständigen Selbstverwaltungspartner aktuell geprüft.

Diese Teilungen machen den Weg frei für Neuzulassungen von Ärzten, der ohne eine Teilung des Planungsbereichs versperrt gewesen wäre.

Maßnahmen
Staatsregierung

Darüber hinaus hat die Staatsregierung **längst selbst Maßnahmen** ergriffen, um Versorgungsengpässe gar nicht erst **entstehen zu lassen**.

Förderpro-
gramm

Sie kennen sicher unser **Förderprogramm**, das wir 2012 aufgelegt haben. Im Doppelhaushalt 2015/2016 stehen **weitere 11,7 Millionen Euro dafür bereit**.

Das Förderprogramm steht auf 3 Säulen:

- **Wir fördern die Niederlassung** von Haus- und Fachärzten im ländlichen Raum.
- **Außerdem fördern wir innovative medizinische Versorgungskonzepte**, die uns helfen können, den Strukturwandel zu bewältigen.

- **Und das Dritte ist ein Stipendienprogramm,**
mit dem Studentinnen und Studenten motiviert
werden, sich nach ihrem Studium im ländlichen
Raum als Ärzte niederzulassen,

Es wirkt

Die Programme zeigen bereits die **gewünschte**

Wirkung [Stand 30.04.2015]:

- Wir konnten **139 Niederlassungen** und
Filialbildungen fördern (darunter 1 Frauenarzt und 3
Psychotherapeuten).
- **Daneben haben wir 76 Stipendien** vergeben.

Wir machen den jungen Ärzten das Landleben schon
noch schmackhaft. Wenn nicht für eine
Niederlassung als Hausarzt, dann vielleicht für eine
Tätigkeit in einer bayerischen Klinik.

Krankenhäuser für Stadt und Land

Flächen-
deckendes

Leider wird bei zunehmendem Alter ein **Kranken-**
hausaufenthalt immer öfter unausweichlich.

Krankenhaus-

netz

Komplementär zur ambulanten Versorgung brauchen wir deshalb ein ausreichend **flächendeckendes Netz stationärer Versorgungsangebote.**

Krankenhäuser sind **wichtige Bestandteile der Daseinsvorsorge.** Die Bürgerinnen und Bürger im ländlichen Raum haben denselben Anspruch auf Gesundheitsversorgung wie die Stadtbewohner.

Umso mehr können wir uns in **Bayern** über eine **medizinisch leistungsfähige Krankenhausversorgung überall im Land** freuen, einschließlich spezieller Angebote der **Altersmedizin und geriatrischer Rehabilitation.**

2/3 der Krankenhäuser im ländlichen Raum

Von den derzeit in **Bayern** zugelassenen **über 400 Krankenhausstandorten sind rund zwei Drittel im ländlichen Raum.** Von den **über 77.000 Betten** und teilstationären Plätzen befindet sich **die Hälfte** in Krankenhäusern **ländlicher Regionen.**

60% Geriatrien
im ländl. Raum

Wir haben **71 Akutgeriatrien** und **4 akutgeriatrische Tageskliniken**, die das in Bayern bestehende dichte Netz an wohnortnahen **geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen ergänzen**.

Ungefähr **60%** der gesamten **stationären geriatrischen Behandlungskapazität** [*Akutgeriatrie und Geriatrische Rehabilitation*] befindet sich im **ländlichen Raum**.

Staatliche Krankenhausplanung
im Dialog

Diese hochwertige Krankenhauslandschaft ist der Beweis für den **Erfolg einer staatlichen Planung, wie wir sie im Dialog** mit den **beteiligten Leistungserbringern und Kostenträgern** praktizieren.

Auf der einen Seite wenige unverzichtbare Vorgaben - dazu gehören Gesamtbettenzahl, Versorgungsstufe, Fachrichtungen. Auf der anderen **nötige unternehmerische Freiräume. Das ist für beide Seiten von Vorteil**. Denn **nur im Konsens** können wir die Krankenhausstrukturen so gestalten, dass sie zukunftsfest sind.

Abstimmung der Leistungsangebote	<p>Zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none">• Durch die Zusammenarbeit einzelner Krankenhäuser – auch über kommunale Gebietsgrenzen hinaus.• Oder durch die Abstimmung der Leistungsangebote und die Bildung von Behandlungsschwerpunkten in den einzelnen Regionen.
Kopplung Planung - Finanzierung	<p>Die Koppelung von Planung und Finanzierung gewährleistet dann, dass die Ausstattung der bayerischen Krankenhäuser – auch im ländlichen Raum – flexibel neuen Herausforderungen angepasst werden kann.</p>
500 Mio. Euro für bay. Krankenhäuser	<p>Seit Jahrzehnten setzt Bayern erhebliche Mittel zur Sicherung der stationären Versorgungsstruktur ein - aktuell sind es jährlich eine halbe Milliarde Euro.</p> <p>Dieser grundsätzlich ausreichenden Finanzierung ist es zu verdanken, dass in den letzten Jahren alle entscheidungsreif entwickelten Bauvorhaben zeitgerecht finanziell abgesichert wurden.</p>

Im Gegensatz zu anderen Ländern gibt es in Bayern **weder einen Investitionsstau noch Wartelisten für Bauvorhaben!**

2,42 Mrd. Euro
für ländlichen
Raum

Allein in den **vergangenen zehn Jahren** (2005 - 2014) haben wir für die Modernisierung der Krankenhäuser **außerhalb von Ballungsgebieten rund 2,42 Milliarden Euro** ausgegeben.

Aktuell sind **über die Hälfte der im Jahreskrankenhausbauprogramm veranschlagten Fördergelder** für den Ausbau der stationären Versorgung **außerhalb der Ballungsräume** vorgesehen. Weitere Projekte werden derzeit für die finanzielle Absicherung vorbereitet.

Damit sind die **Krankenhäuser im ländlichen Raum** –in Bayern sind sie nach wie vor überwiegend in kommunaler Trägerschaft – **in bestmöglicher Weise in die Förderung einbezogen.**

Um auch in Zukunft die notwendigen Anpassungen an den medizinischen, technischen und baulichen Fortschritt finanzieren zu können, ist eine **ausreichende Mittelausstattung für die Krankenhäuser essentiell.**

Ich werde mich daher auch in den kommenden Jahren für eine **ausreichende Ausstattung der Krankenhausfinanzierung** einsetzen. Ich bitte den Landkreistag insbesondere in den Haushaltsgesprächen mit den kommunalen Spitzenverbänden um seine Unterstützung.

Krankenhausreform auf Bundesebene

Qualität und
Wirtschaftlich-
keit

Bei der **akutstationären Versorgung** spielen neben der **Daseinsvorsorge** immer auch Aspekte der **Qualitätssicherung** und **Wirtschaftlichkeit** mit hinein.

Bund-Länder-
Arbeitsgruppe

Um dieses Dreigestirn kreisten folglich auch die **Überlegungen der Bund Länder-Arbeitsgruppe** für eine **Krankenhausreform auf Bundesebene**, bei der ich dabei sein durfte.

Eckpunkte

Die **Eckpunkte** dafür liegen seit Dezember 2014 auf dem Tisch. Einige wichtige bayerische Interessen konnte ich dabei durchsetzen.

Aber ich möchte nicht zu sehr ins Detail gehen und mich auf den Punkt **Finanzierung** konzentrieren.

Abschaffung der
doppelten De-
gression

Hier haben wir erreicht, dass die **doppelte Degression abgeschafft** wird. Ab 2017 werden mengenbedingte Kostenvorteile nur noch bei **den** Krankenhäusern berücksichtigt, **die auch tatsächlich Mehrleistungen erbringen**. Die ungerechte kollektive Absenkung der Krankenhausvergütungen wird dann abgeschafft.

Bessere Ermittlung des Orientierungswerts

Des Weiteren: Der **tatsächlichen Kostenentwicklung** in den Krankenhäusern soll in Zukunft besser

Rechnung getragen werden!

Dafür soll der **Orientierungswert passgenauer**, d.h. **insbesondere krankenhausspezifischer, und damit gerechter ermittelt werden.**

Denn was wir durch die Abschaffung der Fallzahldegression zugunsten der Krankenhäuser erreicht haben, darf nicht durch einen zu niedrigen Orientierungswert wieder gekappt werden.

Voller Orientierungswert

Sobald der **Orientierungswert** sachgerecht ermittelt werden kann (realistisch dürfte dies nicht vor 2018 der Fall sein), wird **geprüft**, ob bzw. inwieweit er künftig die **alleinige Bezugsgröße** für die möglichen Vergütungssteigerungen der Krankenhäuser wird.

D.h. also, ob die bisherige Kombination aus Grundlohnsumme und anteiligem Orientierungswert abgeschafft wird.

Sicherstellung
gut erreichbarer
Krankenhaus-
versorgung

Außerdem habe ich in der Bund-Länder-
Arbeitsgruppe immer wieder darauf hingewiesen, wie
wichtig es ist, dass wir auch **in ländlichen Regionen
Krankenhäuser erhalten**, die ein ausreichendes
medizinisches Versorgungsangebot sicherstellen.

Bessere Vergü-
tung der statio-
nären Notfall-
versorgung

Denken Sie nur an die stationäre **Notfallversorgung**.
Sie soll **in Zukunft besser vergütet** werden.
Krankenhäuser, die Notfallstrukturen in hohem
Umfang vorhalten, werden Zuschläge erhalten,
solche die es nicht tun, müssen mit Abschlägen
rechnen.

Kranken-
haustrend 2013

Beim „Bayerischen Krankenhaustrend 2013“, der
aktuellen **Umfrage der Bayerischen Krankenhaus-
gesellschaft, gab rund die Hälfte der bayerischen
Kliniken an, 2013 ein Defizit erwirtschaftet zu
haben.** (Auswertungsstand: April 2014).

Umso wichtiger war es mir, den Weg für eine
nachhaltig gesicherte Finanzierung der Kranken-
häuser zu bahnen:

Referentenentwurf

Das Gesetzgebungsverfahren auf Bundesebene läuft jetzt an. Seit Kurzem liegt ein **Referentenentwurf** des Bundesgesundheitsministeriums vor.

Ziel verfehlt

In **einigen Punkten** zeigt sich, dass die Eckpunkte zwar **formal umgesetzt** werden. Unser **erklärtes Ziel – die nachhaltige Verbesserung der Finanzierungssituation der Krankenhäuser** – wird aber nicht oder wenigstens nicht vollständig erreicht.

Kritik der Krankenhäuser

Die teils **heftige Kritik der Krankenhäuser** auf diesen Entwurf zeigt deutlich, dass ihre Hoffnungen auf eine nachhaltige Verbesserung der Rahmenbedingungen bisher enttäuscht wurden.

Ich werde versuchen, im weiteren Gesetzgebungsverfahren **Änderungen** zu erreichen, die uns zu unserem **ursprünglichen Ziel wieder zurückbringen**.

Neue Wege in der Pflege

Angst vor Pflegebedürftigkeit zerstreuen

Sehr geehrte Damen und Herren,
Das Thema Älterwerden schließt auch das Thema Pflege mit ein. Denn kein Mensch ist davor gefeit im **Alter auf Hilfe angewiesen** zu sein.

Davor **graut den Menschen**. Vor allem aus Angst, dann nicht gut versorgt zu sein. Umso mehr ist es Aufgabe der Politik, Vertrauen zu schaffen in gute und vielfältige Pflege in unserem Land.

Dazu gehört für mich **auch die Motivation, selbst vorzusorgen**. Ich erinnere daran: Die Pflegeversicherung ist nur eine **Teilkaskoversicherung**. Aber dadurch hat der pflegebedürftige Mensch auch die Wahl, wie er **versorgt bzw. unterstützt** werden will.

Erstes Pflege-
stärkungsgesetz

Das **Erste Pflegestärkungsgesetz auf Bundesebene, an dessen Gestaltung wir intensiv mitgewirkt haben, ist bereits in Kraft**. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind jetzt besser und flexibler.

Das kommt unmittelbar bei den Betroffenen an.

Zusätzliche Betreuungseleistungen

Weitere Betreuungs- und Entlastungsleistungen werden kommen. Sie sind gerade im Auf- und Ausbau begriffen und werden Pflegekräfte, pflegende Angehörigen und auch die Pflegebedürftigen entlasten.

2015

Noch in diesem Jahr soll das **Zweite Pflegestärkungsgesetz** verabschiedet werden. Der **neue Pflegebedürftigkeitsbegriff** soll zum 1.1.2017 umgesetzt sein.

PSG II

Ganz aktuell liegen die **Ergebnisse der Erprobung des neuen Begutachtungssystems vor**. Wir werden den Bund weiter mit unserer Expertise dabei unterstützen, **kognitiv und körperlich eingeschränkte Pflegebedürftige gleichzustellen**.

Demenzkranken und ihre Angehörigen brauchen unsere Hilfe und das ist ein wichtiger Schritt.

Stärkung der
Rolle der
Kommunen

Klar ist, dass die Pflege **auch ein kommunales Handlungsfeld** ist. Denn da leben die Menschen und wollen in der Regel am liebsten dort versorgt werden. Einen alten Baum verpflanzt man nicht, wie es so schön heißt.

Und natürlich sind es die Kommunen, die selbst den **besten Überblick** über die **Bedürfnisse, Angebote und weiterer Möglichkeiten** zum Beispiel in puncto Pflegevermeidung haben. Stichwort: Altersgerechte Wohnungen, Nachbarschaftshilfen und so weiter.

Bisher stehen allerdings den Kommunen nur **begrenzte Gestaltungsmöglichkeiten** in Planung, Beratung und Steuerung zur Verfügung.

Arbeitsgruppe

In den vergangenen Monaten hat sich deshalb unter der Leitung des Bundesgesundheitsministeriums eine **Arbeitsgruppe** damit befasst, wie man die Rolle der Kommunen im Bereich der Pflege stärken könnte. Bayern war in der Arbeitsgruppe mit dabei.

Ihre Empfehlungen sollen in der kommenden Woche verabschiedet werden. Ich bin zuversichtlich, dass den **Kommunen Instrumente in die Hand gegeben werden**, die ihren Einfluss stärken. So dass sie sich besser um die Versorgung pflegebedürftiger Bürgerinnen und Bürger vor Ort kümmern können.

Reden über
Umsetzung

Sobald die Empfehlungen vorliegen, werden wir uns mit den Kommunalen Spitzenverbänden zusammensetzen und über **konkrete Umsetzungsschritte** in Bayern reden.

Auf Landesebene für starke Pflege aktiv

Demenz

Lassen Sie mich noch ein Thema aufgreifen, das wir alle nur allzu gerne kollektiv ausblenden würden, aber genau das ist der falsche Weg.

Immer mehr ältere Menschen heißt, so sagt es die Statistik, **immer mehr ältere demente Menschen**.

Und immer mehr Menschen in unserer Mitte sind heute schon mit dieser Realität konfrontiert und pflegen einen dementen Angehörigen.

Pflegemix - Ehrenamt Das ist ein ziemliches Päckchen zu tragen und das schultern die Angehörigen ab einem gewissen Punkt nicht mehr allein.

Dafür ist ein **individuell angepasster Betreuung- und Pflegemix** aus Fachpersonal, Angehörigen und geschulten bürgerschaftlich Engagierten erforderlich. Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer können pflegenden Angehörigen hier die notwendige Entlastung und Unterstützung geben.

Niedrigschwellige
Betreuungs-
angebote **Sogenannte niedrigschwellige Betreuungsangebote** verschaffen pflegenden Angehörigen stundenweise Zeit zum Durchatmen und Kraft tanken.

500 Angebote Der Freistaat Bayern fördert **über 500 niedrigschwellige Angebote für Menschen mit Demenz**. In Form von Betreuungsgruppen, ehrenamtlichen Helferkreisen und qualitätsgesicherter Tagesbetreuung in Privathaushalten (Tipi) sowie Angehörigen-
gruppen.

Agentur zum
Aus- und Aufbau
niedrigschwelli-
ger Betreuungs-
angebote

Wir fördern außerdem die **Agentur zum Aus- und Aufbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote**. Ihre Aufgabe ist unter anderem, die Angebote in Bayern flächendeckend voranzubringen und interessierte Träger zu beraten und zu begleiten.

Überall in Bayern sollen Menschen Hilfe und Unterstützung erfahren, die Angehörige pflegen. Das ist mir ein echtes **Herzansliegen**. Pflege kann eine sehr erfüllende Erfahrung sein, aber sie bringt nicht selten Angehörige an den Rand ihrer Kräfte.

Ehrenamt

Hier ist auch das ehrenamtliche Engagement für mehr Pflege daheim und weniger im Heim unentbehrlich.

Hospiz- und Palliativversorgung

Es ist eine **besondere Aufgabe im Miteinander der Generationen** dafür zu sorgen, dass **Menschen in Würde alt werden** und auch, dass Sie in Würde sterben können.

Hospiz- und Palliativversorgung

Deshalb sind auch der **Ausbau und die Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung wichtige Ziele** meiner Gesundheitspolitik für Bayern.

Wir haben heute schon eine Versorgungslandschaft, die ein **Sterben in Würde ohne Angst und Schmerzen verspricht. Wir haben**

- *an 94 Krankenhäusern palliativmedizinische Angebote*
- *32 SAPV-Teams (weitere werden folgen),*
- *17 stationäre Hospize (weitere werden folgen) und*
- *über 130 Hospizvereine mit rund 6.600 aktiven ehrenamtlichen Hospizhelfern.*

Strukturen ausbauen

Und wir unterstützen nach Kräften den weiteren **Aufbau hospizlicher und palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen.**

Sei es zum Beispiel durch:

- die **Anschubfinanzierung für SAPV-Teams**
(15.000 €/Team)

- **eine Investitionskostenförderung für stationäre Hospize** (10.000 €/Bett)
- Die **Förderung der ambulanten Hospizarbeit** (100.000 € über die Bayerische Stiftung Hospiz)
- und die **Unterstützung der Fort- und Weiterbildung** an den vier bayerischen Akademien für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit.

Ängste nehmen

Ich bin mir sehr sicher: Wenn wir den Menschen die **Ängste vor dem Tod nehmen**, vor Einsamkeit, Schmerzen, gesichtsloser Apparatedizin, dann werden auch die **Forderungen leiser**, über Art und Zeitpunkt des Todes selbst bestimmen zu wollen.

Ich persönlich lehne das ab. Ich betrachte das Leben als Geschenk, das wir nicht einfach zurückgeben können, wenn es uns passt.

Lob dem Ehren-
amt

Aber es ist wichtig, dass wir den Tod und das Sterben zurückholen in die Mitte der Gesellschaft.

Dabei kommt auch dem **Ehrenamt** eine ganz **besondere Bedeutung** zu. Denn ohne ehrenamtliches Engagement wäre Sterbebegleitung weder im ambulanten noch im stationären Bereich möglich.

Dank!

An dieser Stelle ein ganz herzliches Dankeschön an alle, die mit ihrer Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung tagtäglich einen großen Beitrag zu einer menschlichen Gesellschaft leisten.

Vernetzung und
Kooperation

Gerade auch im Hospiz- und Palliativbereich ist **Vernetzung und Kooperation** für eine optimale Versorgung sehr wichtig.

Modell Netz-
werkmoderato-
ren

Dafür haben wir das Modellprojekt „**Netzwerkmoderatoren zum Aufbau regionaler Versorgungsnetzwerke im hospizlich-palliativen Bereich**“ ins Leben gerufen. Wir unterstützen den Aufbau solcher Netzwerke ideell und auch finanziell nach Kräften.

Deshalb, liebe Landrätinnen und Landräte in Bayern:

Schließen Sie **Kooperationsverträge** mit benachbarten Landkreisen, kreisfreien Städten und den ansässigen Hospizvereinen und knüpfen Sie ein dichtes Netz hospizlicher und palliativer Angebote.

Das ist in **einem weiteren Sinn** auch die Idee der Gesundheitsregionen^{plus}.

Gesundheitsregionen^{plus}

Regionale

Denn insgesamt werden gesundheitspolitische

Unterschiede

Fragestellungen zunehmend auch an die

Kommunalpolitik herangetragen.

Pflege, medizinische Versorgung, Prävention. Die

Bürger erwarten passgenaue **Lösungen** für die

örtliche Gesundheitsversorgung.

Passgenaue

Die **Herausforderungen sind allerdings regional**

lokal erarbeitete

sehr unterschiedlich. Hier können wir nur sinnvolle

Lösungen

Antworten geben, wenn wir die regionalen Erkennt-

nisse bündeln und die individuellen Bedürfnisse und

unterschiedlichen Strukturen vor Ort berücksichtigen.

Tradition

Gesundheitsregionen sind dafür ein wichtiger Ansatzpunkt. Sie haben in **Bayern eine lange Tradition**. In verschiedenen Landkreisen haben sie sich aufgrund örtlicher Initiativen und viel ehrenamtlichen Engagements gebildet.

Das **Gesundheitsministerium** unterstützt schon seit **mehreren Jahren solches regionales Engagement zur Stärkung** der medizinische Versorgung und Prävention:

Also neben

- den **Gesundheitsregionen auch**
- „**Regionale Gesundheitskonferenzen**“ mit Schwerpunkt medizinische Versorgung, **und**
- „**Gesunder Landkreis**“ mit Schwerpunkt Prävention und Gesundheitsförderung.

Weiterentwicklung
bisheriger
Programme

Um die **vorhandenen Strukturen** vor Ort **weiter zu stärken**, habe ich die **bestehenden Ansätze** zu den **Gesundheitsregionen^{plus}** zusammengeführt.

Voraussetzungen Die Teilnahme an einem bisherigen Programm ist dabei aber nicht Voraussetzung dafür, Gesundheitsregion^{plus} zu werden.

Im Zentrum steht, die **Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern**. Hierfür bearbeiten die Gesundheitsregionen^{plus} zwei Handlungsfelder:

Zum einen die **Gesundheitsversorgung**. Hier steht für viele Gemeinden eine möglichst wohnortnahe **Hausarztpraxis für ihre Bürger im Mittelpunkt**. Dazu gehört aber auch die **Versorgung** älterer Menschen oder die Palliativ- und Hospizversorgung.

Zum anderen widmen sich alle Gesundheitsregionen^{plus} der **Prävention**. Ein fester Bestandteil ist unter anderem das jeweilige **Jahresschwerpunktthema** meines Hauses. Dieses Jahr ist dies die **Kinder- und Jugendgesundheit**.

Förderung Dabei will ich sie unterstützen.

Geschäftsstellen sollen jeweils mit maximal **50.000 Euro pro Jahr für bis zu 5 Jahre** gefördert werden (Anteilfinanzierung i. H. v. **bis zu 70 % der förderfähigen Ausgaben**). Das heißt: Jede Gesundheitsregion^{plus} kann **bis zu 250.000 Euro** erhalten!

Programm läuft
sehr gut

Im Doppelhaushalt 2015/2016 haben wir finanzielle Mittel für 24 Gesundheitsregionen^{plus} erhalten. Diese Mittel waren bereits nach ca. **2,5 Monaten ausgeschöpft**, ein großer Erfolg.

Einsatz NHH
2016

Ich werde mich daher dafür einsetzen, dass die Förderung weitergeführt wird und wir im **Nachtragshaushalt** dafür **weitere Mittel** erhalten.

Bescheidübergabe Passau
und Regen

Ich freue mich, dass ich heute die Förderbescheide an Herrn **Landrat Meyer von Passau** (Zuwendungshöhe: 236.301,61 €) und unserem heutigen Gastgeber, dem **Regener Landrat Adam** (Zuwendungshöhe: 233.460,00 €) überreichen darf.

Beide Landkreise sind bereits **Pioniere** als **langjährige Gesundheitsregionen**, Passau ist zudem "Gesunder Landkreis".

Liebe Herren Landräte, liebe stellvertretenden Landräte, liebe Mitarbeiter im Landratsamt.

Ihre **Anträge** auf Förderung als Gesundheitsregion^{plus} waren erfolgreich. **Herzlichen Glückwunsch.**

Ich bin sehr froh, dass die bayerischen Kommunen **tragfähige Konzepte** und **innovative Ansätze** für eine **hochwertige medizinische Versorgung** im ländlichen Raum entwickeln wollen. **Auch, damit Menschen dort in Ruhe alt werden können.**

Und das soll jetzt mein Schlusswort sein.

Bitte kommen Sie zu mir zur Bescheidübergabe auf die Bühne **[Bescheidübergabe]**.

Rede
von
Staatsministerin Melanie Huml

Sitzung des Bayerischen Landkreistages; Älterwerden im ländlichen Raum: Anforderungen an Medizin und Pflege

Bayerisch Eisenstein, den 06.05.2015

Begrüßung	1
Anrede!	1
Schon alt? Noch jung?	1
Versorgung im Alter.....	1
Grüß Gott!	2
Herausforderung Demographie	3
Wandel.....	3
Veränderte Krankheitsbilder	3
Ganz kurz: Prävention	3
Ambulante medizinische Versorgung	4
Ärzte bei den Menschen.....	4
Aktuell gute Versorgungslage.....	5
Aber: Dranbleiben!	5
Problem: Altersstruktur der Hausärzte.....	5
90 % fachärztliche Weiterbildungen.....	5
Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin	5
Verteilung der Ärzte.....	6
GKV-VSG setzt hier an vielen kleinen Stellschrauben an	6
Regionale Besonderheiten beachten.....	7
Einsatz Bayerns für regionale Abweichung.....	7
Maßnahmen Staatsregierung	8
Förderprogramm	8
Es wirkt	9
Krankenhäuser für Stadt und Land	9
Flächen-deckendes Krankenhausnetz.....	9
2/3 der Krankenhäuser im ländlichen Raum	10
60% Geriatrien im ländl. Raum.....	11
Staatliche Krankenhausplanung im Dialog	11
Abstimmung der Leistungsangebote	12
Kopplung Planung -Finanzierung	12
500 Mio. Euro für bay. Krankenhäuser	12
2,42 Mrd. Euro für ländlichen Raum	13
Krankenhausreform auf Bundesebene	14
Qualität und Wirtschaftlichkeit	14
Bund-Länder-Arbeitsgruppe	15
Eckpunkte	15
Abschaffung der doppelten Degression.....	15
Bessere Ermittlung des Orientierungswerts.....	16
Voller Orientierungswert.....	16
Sicherstellung gut erreichbarer Krankenhausversorgung	17
Bessere Vergütung der stationären Notfallversorgung	17
Krankenhaustrend 2013	17
Referentenentwurf	18
Ziel verfehlt.....	18

Kritik der Krankenhäuser	18
Neue Wege in der Pflege.....	19
Angst vor Pflegebedürftigkeit zerstreuen	19
Erstes Pflegestärkungsgesetz	19
Zusätzliche Betreuungsleistungen	20
2015	20
PSG II	20
Stärkung der Rolle der Kommunen	21
Arbeitsgruppe.....	21
Reden über Umsetzung.....	22
Auf Landesebene für starke Pflege aktiv.....	22
Demenz.....	22
Pflegemix - Ehrenamt.....	23
Niedrigschwellige Betreuungsangebote.....	23
500 Angebote.....	23
Agentur zum Aus- und Aufbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote.....	24
Ehrenamt.....	24
Hospiz- und Palliativversorgung	24
Hospiz- und Palliativversorgung	25
Strukturen ausbauen	25
Ängste nehmen	26
Lob dem Ehrenamt.....	26
Dank!.....	27
Vernetzung und Kooperation.....	27
Modell Netzwerkmoderatoren.....	27
Gesundheitsregionen^{plus}	28
Regionale Unterschiede	28
Passgenaue lokal erarbeitete Lösungen.....	28
Tradition	29
Weiterentwicklung bisheriger Programme	29
Voraussetzungen	30
Förderung.....	30
Programm läuft sehr gut.....	31
Einsatz NHH 2016.....	31
Bescheidübergabe Passau und Regen	31