



**Bericht der  
Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen**

**Barbara Steffens**

**Politische Schwerpunkte der Gesundheits-, Alters- und Pflegepolitik  
in der 16. Wahlperiode**

26. September 2012

**- Es gilt das gesprochene Wort -**

Herr Vorsitzender! Liebe Ausschussmitglieder! Ich freue mich, Ihnen die Schwerpunkte und Leitlinien unserer Politik in den drei Bereichen meines Ministeriums vorstellen zu können, die diesen Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales betreffen: Gesundheit, Pflege und Alter. Alle drei Bereiche stehen vor der großen Frage, wie es zu schaffen ist, die entsprechenden Versorgungsstrukturen vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung zukunftsfest zu machen. Denn in den kommenden Jahren wird einerseits die Zahl der erwerbsfähigen Personen zurückgehen, zugleich wird es andererseits mehr ältere Menschen und somit mehr Unterstützungsbedarf geben.

Ich will nur kurz für diejenigen von Ihnen, die diese Politikbereiche in der letzten Legislaturperiode noch nicht so unmittelbar begleitet haben, ein paar Zahlen nennen: Derzeit gibt es in Nordrhein-Westfalen 509.000 pflegebedürftige Menschen. 2050 werden es 1 Million sein. Die Zahl der Menschen mit Demenz wird sich dabei von derzeit 300.000 auf dann 600.000 verdoppeln. Gleichzeitig wird aber die Zahl der Erwerbspersonen in NRW von derzeit 8,7 Millionen auf dann 6,6 Millionen zurückgehen.

Diese Zahlen machen deutlich, dass die demografische Entwicklung nicht nur die zentrale Herausforderung für die Politik der Landesregierung insgesamt ist, sondern dass dabei die Bereiche Gesundheit und Pflege in ganz besonderer Weise betroffen und gefordert sind.

Eine weitere systematische Herausforderung betrifft die Effizienz unseres Gesundheitssystems: Denn wir haben zwar ein aus medizinischer Sicht sehr gutes System, mit einem Anteil von 11,6 % am Bruttoinlandsprodukt liegen aber die Gesundheitsausgaben in Deutschland vergleichsweise hoch - und zwar zu hoch, wenn man Aufwand und Ertrag im internationalen Maßstab vergleicht. Das heißt, wir müssen im System effizienter und zielgerichteter werden. Wir werden also sehr vieles im Gesundheitssystem umbauen müssen, damit es den Bedarfen der Menschen auch zukünftig gerecht wird.

Darüber hinaus gibt es nicht erst seit Verabschiedung der UN-Behindertenrechtskonvention einen gesellschaftlichen Konsens darüber, dass unsere gesamte Gesellschaft eine inklusive Gesellschaft werden muss. Das heißt, unsere Gesellschaft muss in allen Bereichen für ältere Menschen, für Menschen mit Behinderung und für Menschen mit anderen Einschränkungen genauso zugänglich und genauso barrierefrei sein, wie für Menschen, die jung und dynamisch sind und im Berufsleben stehen.

All diese Aufgaben müssten eigentlich auf Bundesebene angegangen werden, z.B. durch die Weiterentwicklung der Kranken- und Pflegeversicherung zu einer solidarischen Bürgerversicherung, um nur ein Thema zu nennen. Das Problem der derzeitigen Bundespolitik ist aber, dass sie sich selber eher lähmt, als dass sie etwas voranbringt. Deswegen müssen wir zunächst auf Landesebene nach Lösungen suchen, um zumindest bei einzelnen Problemstellungen und in kleinen Schritten eine Verbesserung zu erreichen.

Lassen Sie mich ein Beispiel nennen: Das Versorgungsstrukturgesetz gibt den Ländern im § 90a die Möglichkeit, ein gemeinsames Landesgremium einzurichten, in dem alle betroffenen Akteursgruppen im Gesundheitswesen zusammenarbeiten, um verbindliche Verabredungen über Bedarfe, Strukturen und Veränderungsmöglichkeiten zu treffen. Wir haben diese Möglichkeit in Nordrhein-Westfalen genutzt, um gemeinsam an Lösungen für eine sektorübergreifende Gesundheitsversorgung zu arbeiten - gemeinsam mit der Selbstverwaltung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, mit den Kostenträgern, also den Krankenkassen, mit der Krankenhausgesellschaft NW, also denjenigen, die für den stationären Bereich stehen, und mit anderen Beteiligten.

Ein Problem, das wir angehen, sind die Defizite bei der Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte, die es heute schon in vielen Regionen gibt, gerade im ländlichen Raum - nicht nur im ambulanten, sondern auch im stationären Bereich. Es bedarf hier also einer sektorübergreifenden Planung, die nicht nur die Details betrachtet, sondern auch darauf ausgerichtet ist, die vielfältigen Probleme an den Schnittstellen des Systems zu lösen. Wir sind zum Beispiel dabei, die Überleitung vom ambulanten in den stationären und umgekehrt vom stationären in den ambulanten Bereich zu optimieren; denn wir wissen, dass genau hier Probleme

bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten bestehen: So ist bei der Einweisung in ein Krankenhaus beispielsweise oft nicht bekannt, dass bei einer Patientin mehrere Erkrankungen gleichzeitig vorliegen - also eine sog. Multimorbidität besteht - oder es wird bei der Entlassung aus einem Krankenhaus am Freitagnachmittag nicht berücksichtigt, dass der Hausarzt oder die Hausärztin schon längst im Wochenende ist. Diese und andere Schnittstellen müssen im Interesse der Patienten und Patientinnen optimiert sein. Das ist im Sinne der Menschen, es reduziert am Ende den Personalbedarf und ist auch ökonomisch sinnvoll.

Fortsetzen wollen wir auch unsere Bemühungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich - auch wenn dafür eigentlich nicht wir zuständig sind, sondern die Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte. Trotzdem halten wir an unserem Hausärztesprogramm fest, um diejenigen Ärztinnen und Ärzte finanziell zu unterstützen, die in schlechter versorgten Regionen unseres Landes tätig werden wollen oder es sind.

Wir haben uns zudem dafür eingesetzt, dass sich die Rahmenbedingungen des Medizinstudiums verändern und dass es zu Kooperationen mit den anderen Ländern kommt. Um dem Ärztemangel im Krankenhausbereich zu begegnen, haben wir gemeinsam mit den Ärzteverbänden die Internetplattform [www.docjobs-nrw.de](http://www.docjobs-nrw.de) eingerichtet. Um auch im Ausland zusätzliche Ärztinnen und Ärzte für uns zu gewinnen haben wir bereits eine Kooperationsvereinbarung mit Vertreterinnen und Vertretern aus Österreich geschlossen und wollen perspektivisch auch mit anderen Ländern solche Abkommen schließen.

Das heißt, wir versuchen nicht nur auf Gesundheitsminister und -ministerinnenkonferenzen oder im Bundesrat Initiativen auf Bundesebene anzustoßen, sondern wir sind auch bereits ganz konkret in Nordrhein-Westfalen aktiv, um dem drohenden oder schon bestehenden Mangel an Ärztinnen und Ärzte zu begegnen.

Auch im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, also bei den kommunalen Kompetenzen und Zuständigkeiten in der Gesundheitshilfe, wollen mit den Akteurinnen und Akteuren vor Ort zu Verbesserungen zu kommen. Unser Ziel ist

eine aufsuchende, nachsorgende und zielgruppenspezifische Gesundheitshilfe. Dafür müssen wir eine interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems vor Ort erreichen, müssen wir Zugangsbarrieren im Hilfesystem abbauen und die Versorgung insbesondere von Kindern aus Familien, die sozial benachteiligt sind, verbessern.

Wenn wir die Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung optimieren wollen, gehört dazu auch die Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung. Auch in diesen Bereichen sind wir dabei, die schon sehr guten Infrastrukturen in Nordrhein-Westfalen gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ weiterzuentwickeln. Neben der Stärkung der ambulanten Versorgung muss die Palliativversorgung aber auch in Pflegeheimen anders gestaltet werden als das heute der Fall ist. Sehr wichtig ist für uns vor allem aber auch, dass wir als Land das starke ehrenamtliche Engagement im Palliativ- und Hospizbereich wertschätzen.

Ein weiterer wesentlicher Aufgaben-Komplex, mit dem wir noch in diesem Jahr beginnen werden, ist der Ausbau des Maßregelvollzugs. Wir haben hierzu bereits in der letzten Legislaturperiode einen gemeinsamen Prozess mit allen Fraktionen begonnen und diejenigen Abgeordneten, die an diesem Diskurs teilgenommen haben, werden die Ergebnisse sicher in ihre Fraktionen vermittelt haben. Trotzdem möchte ich hier noch einmal kurz eine Zahl nennen, um deutlich zu machen, vor welcher Herausforderung wir stehen: Bis zum Jahr 2020 werden wir, um den wachsenden Bedarf decken zu können, im Maßregelvollzug 750 zusätzliche Unterbringungsplätze schaffen müssen.

Wir wollen diesen dringend notwendigen Ausbau so weit wie möglich im Konsens angehen und umsetzen, denn der Maßregelvollzug darf aus meiner Sicht auch zukünftig kein Thema der parteipolitischen Auseinandersetzung sein. Deswegen haben wir den Kriterienkatalog zur Auswahl der Standorte, die Abfolge des Vorgehens und das Anschreiben an die entsprechenden Kommunen in den betroffenen Landgerichtsbezirken gemeinsam mit den Fraktionen auf den Weg gebracht.

Wir werden noch in diesem Jahr gemäß dem Kriterienkatalog die Auswahl der Standorte vornehmen und hoffen, dass die Fertigstellung und Inbetriebnahme der ersten Klinik Ende 2016 möglich ist. Notwendig wird dies auch vor dem Hintergrund der Zusage der Landesregierung, dass der Standort Rheine nur noch bis zum Jahr 2016 genutzt werden soll. Deswegen wird - neben dem oben beschriebenen insgesamt steigenden Bedarf - spätestens Ende 2016 ein erster neuer Standort benötigt.

Es geht aber nicht nur um Standorte, sondern auch um die konzeptionelle Weiterentwicklung im Maßregelvollzug. Auch diesen Diskurs haben wir gemeinsam mit den Fraktionen mittlerweile aufgenommen.

Wichtig ist für uns in Nordrhein-Westfalen zudem die Weiterentwicklung des Gesundheitscampus NRW mit unserem Landeszentrum für Gesundheit (LZG). Hier wollen wir Kompetenzen zu bündeln und auszubauen, damit der Gesundheitsstandort Nordrhein-Westfalen mit einem gemeinsamen Erscheinungsbild auftritt und so eine Außenwirkung entfalten kann, die der Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in Nordrhein-Westfalen gerecht wird. Denn obwohl beispielsweise bereits heute jeder siebte bis achte Arbeitsplatz in Nordrhein-Westfalen in der Gesundheitswirtschaft angesiedelt ist, ist die Bedeutung dieses Bereiches auch als Wirtschaftsfaktor noch nicht entsprechend im öffentlichen Bewusstsein verankert - auch daran wird aus meiner Sicht sehr deutlich, dass es hier noch Handlungsbedarf und Verbesserungsmöglichkeiten gibt.

Eine weitere wichtige Aufgabe an diesem Campus ist die Verzahnung von Wissenschaft, Forschung, Lehre und Wirtschaftsförderung - mit einer klaren Ausrichtung hin zu einer Orientierung an den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitssystems. Wir wollen an dieser Stelle insbesondere die bestehenden Cluster und Gesundheitsregionen miteinander vernetzen, um auch so den Campus inhaltlich zu stärken und ihm mehr Gewicht zu verleihen.

Als letzte strukturelle Aufgabe im Gesundheitsbereich möchte ich noch kurz den Krankenhausrahmenplan erwähnen, den wir Ihnen bis Ende des Jahres vorlegen wollen: Hier gibt es zwar derzeit noch Diskussionsbedarf im Landesausschuss, es

ist aber allen Beteiligten bewusst, dass wir diesen neuen Krankenhausrahmenplan dringend brauchen, um notwendige neue Akzente zu setzen, Prozesse zu optimieren und auch den interdisziplinären Wissenstransfer zu verbessern.

Nachdem ich bisher vor allem die systemischen und strukturellen Herausforderungen für die kommende Legislaturperiode beschrieben habe, möchte ich nun an einigen Beispielen deutlich machen, was unter unserer Leitidee zu verstehen ist, den Menschen stärker in den Blick zu nehmen :

Benennen möchte ich als erstes unser Ansatz, den gesamten Bereich der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung grundsätzlich geschlechterdifferenziert zu betrachten. Wir wissen, dass ein Gesundheitssystem dann effizient ist, wenn es den Menschen passgenaue Angebote macht. Eine differenzierte Herangehensweise ist deshalb in der Regel im Ergebnis effizienter und effektiver, denn man erreicht mit differenzierten Angeboten am Ende eine bessere Inanspruchnahme und eine bessere Versorgung - sowohl für Frauen als auch für Männer.

Ergebnis einer solchen geschlechtergerechten Betrachtungsweise sind dann z.B. Angebote wie die des Kompetenzzentrums Frauen und Gesundheit NRW am LZG, das sich mit der Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Gewalt betroffener Frauen oder der geburtshilflichen sowie der psychischen Versorgung beschäftigt. Andere Beispiele werden das Handlungskonzept Essstörungen (das sich auch an junge Männer wendet) oder die Versorgung medikamentenabhängiger schwangerer Frauen, junger Mütter und ihrer Kinder sein.

Ein weiterer Querschnittsbereich unserer Arbeit betrifft neben unserem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) auch das Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales (MAIS): die Gesundheit von Menschen mit Migrationsgeschichte. Gerade für diese Zielgruppe gibt es in unserem Gesundheitssystem nach wie vor massive sprachliche und kulturelle Barrieren. Wir arbeiten intensiv daran, diese Barrieren abzubauen, um einen

besseren Zugang zu ermöglichen und diese Zielgruppe frühzeitig mit niedrigschwelligen Angeboten zu erreichen.

Bereits in der letzten und auch in der vorletzten Legislaturperiode haben wir viel über Psychiatriepolitik und psychiatrische Versorgung in Nordrhein-Westfalen diskutiert. Auch in dieser Legislaturperiode bleibt dies für uns ein wichtiger Schwerpunkt unserer Arbeit. Wir wollen den begonnenen dialogischen Prozess fortsetzen, also den Prozess mit Menschen mit Psychiatrieerfahrung, mit denjenigen, die in diesem Bereich arbeiten und mit den Angehörigen. Unser Ziel ist es hier, die Zahl der Zwangsmaßnahmen weiter zu reduzieren und den Aufbau niedrigschwelliger, vor Ort verankerter Angebote voranzutreiben.

Bei unserem neuen Landeskonzept gegen Sucht befinden wir uns gerade zu Beginn der Umsetzungsphase. Wir streben auch hier eine Weiterentwicklung der Präventions- und Hilfeangebote an, wobei es auch um die Ausrichtung auf neue Zielgruppen geht. Eine in der letzten Zeit massiv wachsende Zielgruppe sind ältere Menschen mit Drogen- und Suchtproblemen, die bisher im System weitgehend ausgeblendet waren und deren Hilfebedarfe sich deutlich von denen derjenigen Zielgruppen unterscheiden, auf die bisher der Schwerpunkt lag.

Lassen Sie mich nun zu den beiden anderen Bereichen meines Ministeriums kommen, die in die Zuständigkeit dieses Ausschusses fallen: die Bereiche Pflege und Alter.

Wie bereits eingangs erwähnt, wird die demografische Entwicklung sich in diesem Bereich mindestens genauso stark auswirken wie im Gesundheitssystem. Denn Menschen mit Einschränkungen haben nicht nur einen erhöhten Bedarf an Gesundheitsleistungen, sondern auch an pflegerischer Unterstützung. Natürlich ist es erfreulich, dass die Lebenserwartung in den letzten Jahren stetig gestiegen ist. Unsere Aufgabe ist es aber dafür zu sorgen, dass dies nicht zu einer Verlängerung der Pflegephase führt, sondern dass auch im Alter noch ein selbstbestimmtes Leben möglich ist.

Um die Grundlagen für eine neue Alten- und Pflegepolitik zu legen, wollen wir eine Altenberichterstattung vorlegen und die bestehende Datenbank zur Altenpflegeumlage zu einer „Datenbank Pflege und Alter NRW“ ausbauen, um in einem anderen Maße als bisher auf die sich verändernden Bedarfe reagieren zu können. Das gilt nicht nur für die Bedarfe der Pflegebedürftigen selbst, sondern auch für die pflegenden Angehörigen, die wir stärken und unterstützen wollen.

Das gilt insbesondere für die Weiterentwicklung der Pflege- und Versorgungsstrukturen im Sinne einer stärkeren Quartiersausrichtung. Wir wollen die Kommunen darin unterstützen, den Menschen zu ermöglichen, im Alter länger selbstbestimmt in der eigenen Häuslichkeit zu bleiben. Auch damit haben wir uns im Ausschuss in der Vergangenheit schon intensiv auseinandergesetzt. Denn es darf nicht sein, dass einige Menschen Glück haben, zum Beispiel in Bielefeld oder Münster in einem Quartier zu leben, wo die Strukturen bereits entsprechend ausgerichtet sind, und dass andere Pech haben, weil sie in einer Kommune leben, wo solche Strukturen noch nicht vorhanden sind.

Aber es geht bei der Quartiersentwicklung nicht nur um diejenigen Menschen, die Pflegebedarfe haben. Gerade vor dem Hintergrund eines perspektivisch sinkenden Rentenniveaus ist die Quartiersentwicklung wichtig, um allen älteren Menschen ein selbstbestimmtes Leben und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Wichtig ist deshalb, dass diese Quartiere in einem partizipativen Prozess entwickelt werden, dass also diejenigen, die ins Alter kommen, die Quartiere für ihre letzte Lebensphase selbst mitentwickeln können. Auch in diesem Bereich sind bürgerschaftliches Engagement und Ehrenamt unverzichtbar, um Teilhabe zu ermöglichen und sozialen Zusammenhalt zu stärken.

Eine solche Quartiersentwicklung kann jedoch nicht in der Zuständigkeit eines einzelnen Ressorts bewältigt werden. Es ist vielmehr ein ressortübergreifender Prozess, in dem auch das Ministerium für Bauen, Wohnen, Stadtentwicklung und Verkehr (MBWSV), das Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales (MAIS) und andere Ministerien ihre Bausteine beitragen. Denn Quartiere dürfen nicht nur aus einer Blickrichtung betrachtet werden, sondern müssen in einem gemeinsamen, umfassenden Ansatz entwickelt werden.

Wesentliches Instrument für diese Neuorientierung sind in erster Linie die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die wir gemeinsam gestalten wollen. So wird sich der Ausschuss bald mit der Reform des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG), mit der wir bereits in der letzten, kurzen Legislaturperiode begonnen haben, und mit der Weiterentwicklung des Landespflegegesetzes beschäftigen können. Beide Gesetze sollen deshalb im nächsten Jahr gemeinsam in den Ausschuss eingebracht werden und wir würden uns wünschen, dass sie dort dann auch gemeinsam diskutiert werden. Denn um Ziele wie „ambulant vor stationär“, „selbstbestimmtes Leben auch im Alter“ und anderes mehr zu verwirklichen, müssen diese Gesetze miteinander verzahnt und so weiterentwickelt werden, dass sie neue Versorgungsstrukturen unterstützen.

Sie sehen also, dass wir in den Bereichen Pflege, Alter und Gesundheit auf dem Weg sind, ein zukunftsfestes, ein demografiefestes System zu schaffen, das vom Menschen aus denkt, das Wahlfreiheit und Selbstbestimmung fördert, das geschlechtergerecht und kultursensibel ist und die Daseinsvorsorge wieder ins Zentrum des Handelns rückt.

Vielen Dank