



Interview mit Bayerns Gesundheitsminister Klaus Holetschek

Beitrag

Seit mittlerweile zwei Jahren steht die Gesundheitspolitik im Zentrum des Geschehens. Derzeit zeichnet sich ab, dass sich im Frühjahr das Corona-Infektionsgeschehen entspannen könnte. Das erschien für den Landesvorsitzenden des Bayernbundes Sebastian Friesinger und Redakteur Fritz Lutzenberger ein günstiger Zeitpunkt für ein Gespräch mit Klaus Holetschek, der seit Jahresanfang 2021 das Amt des bayerischen Gesundheitsministers innehat.

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege ist aber nicht nur für die Pandemiebekämpfung zuständig, sondern hat auch noch viele andere Aufgaben, wie zum Beispiel Prävention, Gesundheitsförderung, die Investitionskostenförderung über das Jahreskrankenhausbauprogramm, die Niederlassungsförderung von Ärztinnen und Ärzten im ländlichen Raum sowie den Ausbau palliativmedizinischer und hospizlicher Versorgungsstrukturen.

Frage:

Sehr geehrter Herr Minister, gestatten Sie uns zu Beginn eine persönliche Frage: Den Medien war zu entnehmen, dass Sie sich wie viele andere Menschen in Bayern mit dem Coronavirus angesteckt haben. Ist alles wieder in Ordnung?

Mit geht es wieder gut, vielen Dank! Ich hatte Symptome wie Husten und Fieber und bin sehr froh, dass ich geboostert bin. Die Impfung schützt vor schweren Erkrankungen. Deshalb werde ich weiterhin dafür werben und alles tun, damit sich möglichst viele Menschen für eine Impfung entscheiden, die dies noch nicht getan haben.

Frage:

Heiße Diskussionen gibt es um die allgemeine Impfpflicht sowie die Impfpflicht für Beschäftigte im Pflege- und Gesundheitsbereich. Wie ist der aktuelle Stand?

Bei der einrichtungsbezogenen Impfpflicht haben wir in Bayern einen klaren Plan, den wir stufenweise umsetzen. Vorrangiges Ziel ist es, bei allen betroffenen Personen auf eine Vervollständigung des Impfschutzes hinzuwirken. Zunächst setzen wir daher auf Beratungsangebote für die Menschen, die

sich bislang noch nicht haben impfen lassen. Anschließend können die Gesundheitsämter, sofern trotz Aufforderung weder ein Impf- oder Genesenennachweis noch ein ärztliches Zeugnis über Kontraindikationen vorgelegt wurde, Bußgelder verhängen. In letzter Instanz können dann auch Betretungsverbote ausgesprochen werden – das wird aber voraussichtlich nicht vor dem Sommer passieren. Was die Einführung einer Impfpflicht für die gesamte Bevölkerung angeht, muss man klar feststellen: Wir sind hier in einer schwierigen Lage – und dafür trägt die Berliner Ampelregierung die Hauptverantwortung. Während die einrichtungsbezogene Impfpflicht bereits seit dem 16. März in Kraft ist, wird in Berlin weiter ein Eiertanz um die allgemeine Impfpflicht aufgeführt. Dabei war eigentlich von Anfang an klar, dass die einrichtungsbezogene Impfpflicht nur ein erster Schritt hin zu einer allgemeinen Impfpflicht sein sollte. Olaf Scholz hat eine wichtige Chance vertan, ja, man muss sagen: Er hat hier versagt! Er hat sich schon früh – und meiner Meinung nach auch völlig zurecht – für eine allgemeine Impfpflicht ausgesprochen, dann aber keinen eigenen Plan dafür vorgelegt. Jetzt hat man keine einheitliche Linie, sondern verliert sich in Gruppenanträgen. Die Situation ist festgefahren – was sich derzeit abzeichnet ist ein Kompromiss.

Frage:

Die Impfquote kommt in Bayern nicht mehr so recht voran. Sind Sie vom Start des neuen Novavax-Impfstoffes enttäuscht?

Jede Impfung zählt – und jeder sichere und wirksame Impfstoff kann uns helfen, den Schutz der Bevölkerung weiter zu verbessern. Der Impfstoff von Novavax ist damit ein Teil unserer Impfstrategie. Ehrlicherweise muss man aber sagen: Leider lassen sich bisher nicht so viele Menschen mit diesem Impfstoff impfen wie erhofft. Mit der Omikronvariante wiegen sich vielleicht manche Menschen aktuell in Sicherheit, da die Erkrankung in der Regel im Vergleich zur Delta-Variante milder verläuft. Allerdings ist das Risiko für einen schweren Verlauf, insbesondere für ungeimpfte Menschen über 60 Jahren oder Menschen mit Vorerkrankungen, auch bei der Omikronvariante deutlich erhöht. Und auch milde Verläufe können zu Spätfolgen wie Long-COVID führen. Wir müssen zudem aufpassen, dass wir im Herbst nicht erneut in Situationen hineinlaufen, die wir längst hinter uns glauben, weil zum Beispiel neue Virusvarianten auftreten, die vermehrt zu schweren Krankheitsverläufen führen können, oder weil die Delta-Variante wieder dominanter wird. Auch dann kann Novavax eine wichtige Rolle für eine Impfentscheidung bei Menschen spielen, die den mRNA-Impfstoffen – aus welchen Gründen auch immer – skeptisch gegenüberstehen.

Frage:

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach rechnet mit einer neuen Infektionswelle bereits im Sommer. Werden FFP2-Maske und Booster-Impfungen unsere ständigen Begleiter in den nächsten Jahren?

Niemand hat eine Glaskugel, Minister Lauterbach nicht und ich auch nicht. Deshalb wissen wir das nicht. Wir wissen aber, dass wir uns auf mögliche neue Infektionswellen, auf neue Virusvarianten und damit auf ein potenziell wieder gefährlicheres Infektionsgeschehen vorbereiten müssen. Maske und Impfung sind die wirksamsten und zugleich einfachsten Mittel, die uns zur Verfügung stehen. Die Maske bleibt deshalb in Einrichtungen des Gesundheitswesens weiterhin wichtig. Aber auch im ÖPNV, wo viele Menschen längere Zeit eng zusammen in Innenräumen verbringen, brauchen wir noch solche Basisschutzmaßnahmen – gerade jetzt, wo die Infektionszahlen immer noch sehr hoch sind. Ich hätte mir zudem gewünscht, die Maskenpflicht auch an anderen Stellen vorerst zu belassen. Österreich

musste da ja auch schnell wieder nachsteuern und hat sie in Innenräumen wieder eingeführt. Leider ist der Bund hier stur und uneinsichtig geblieben. Zur Impfung: Wenn neue Varianten auftreten oder uns die Daten der Experten zeigen, dass der Impfschutz mit der Zeit unter eine kritische Schwelle absinkt, sind Auffrischungsimpfungen unser schärfstes Schwert. Dann wird die STIKO empfehlen, wann und für wen weitere Impfungen sinnvoll sind.

Frage:

Zu Beginn der Pandemie gab es Beifall und Konzerte vom Balkon für die Beschäftigten im Pflege- und Gesundheitsbereich. Forderungen wurden laut, die Rahmenbedingungen speziell im Pflegebereich nachhaltig zu verbessern. Mittlerweile scheinen die Haushaltspolitiker in der Diskussion wieder die Oberhand zu haben...?

Sie haben recht, die Pflege war plötzlich in bisher ungeahnter Weise im Fokus. Klar ist auch: Die Pflege braucht mehr als nur Applaus. Die dort Beschäftigten leisten Großartiges und sind insbesondere in der Pandemie täglich über sich hinausgewachsen. Schon vor der Pandemie war klar, dass der pflegerische Bedarf groß ist und weiter zunehmen wird, die Rahmenbedingungen der beruflich Pflegenden aber bei weitem nicht ideal sind. Die Pandemie hat das nochmal verdeutlicht. Der andauernde Personalmangel führt etwa regelmäßig dazu, dass Dienstpläne und Freizeit oft nicht eingehalten werden – ein Teufelskreis. Und, ja, Sie haben auch recht, dass der echte Reformbedarf im Hinblick auf die pflegerische Versorgung auch bei den sogenannten Haushaltspolitikern noch nicht ernst genug genommen wird. Erfreulich ist aber: Bei der Vergütung in der Langzeitpflege hat sich die Bundespolitik endlich zu einer deutlichen Verbesserung durchgerungen. Ab September 2022 wird der Abschluss eines Versorgungsvertrags mit den Pflegekassen an die Zahlung nach Tarif geknüpft. Dies ist besonders für die Langzeitpflege wichtig, da dort die Vergütung im Durchschnitt um Einiges unter der im Krankenhaus liegt – und das bei prinzipiell gleicher Ausbildung, denn seit 2020 berechtigt eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung zur Pflegefachfrau/-mann zur Tätigkeit in beiden Bereichen. Die Umsetzung dieser sogenannten Tariflohnbindung wird derzeit vorbereitet. Sie ist für alle Beteiligten sehr fordernd. Der Schritt war aber wichtig.

Enttäuscht bin ich vom geplanten Pflegebonus der Bundesregierung, der unzureichend ist und zudem viel zu spät kommt. Die Ampel springt hier wieder zu kurz. Eine Milliarde Euro ist eine stolze Summe, aber nicht genug. Intensivpflegekräfte sollen 2.500 Euro bekommen, Langzeitpflegekräfte nur maximal 550 Euro – obwohl auch sie Herausragendes geleistet, selbst Erkrankungsrisiken in Kauf genommen und unter oft schwierigsten Bedingungen die Versorgung von Pflegebedürftigen sichergestellt haben. Medizinische Fachangestellte sollen den Bonus gar nicht bekommen, obwohl sie entscheidend dazu beigetragen haben, die ambulante Versorgung zu sichern und zudem eine Stütze der Impfstrategie waren. Auch Krankenhäuser, die nur wenige beatmete Patienten versorgt haben, gehen leer aus. Dieser Bonus muss ein Dank an alle Beschäftigten im Pflegebereich sein, die in der Corona-Pandemie über sich hinausgewachsen sind. Diesem Anspruch wird die Bundesregierung nicht gerecht.

Gleichzeitig ist klar, dass es weiterer Verbesserungen bedarf. Diese können in einigen Bereichen, zum Beispiel bei der Verlässlichkeit der Dienstpläne, nur die Arbeitgeber umsetzen. Daneben liegt es aber am Bund, über die bisherigen Reformen hinaus endlich eine grundlegende Reform der sozialen Pflegeversicherung anzugehen. Das aktuelle System ist zu kompliziert. Es bedarf der Vereinfachung. Bestehende Strukturen, Kompetenzen und Anreize müssen auch mit Blick auf die beruflich Pflegenden überdacht werden. Hierfür müssen die generellen Rahmenbedingungen in der Pflege langfristig

verbessert werden – das sind wir den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflegeberufen schuldig. Auf staatlicher Ebene macht sich Bayern deshalb konsequent dafür stark, dass der Bund die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Ausbildung und Praxis in der Pflege so ausgestaltet, dass die Pflegeberufe langfristig attraktiv bleiben. Das gilt insbesondere auch für den Krankenhausbereich. Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz wurden mit der Herausnahme der Pflege aus dem Fallpauschalensystem die Grundlage dafür geschaffen, Tarifvergütungen über das Pflegebudget verlässlich zu refinanzieren. Das bedeutet: Die Kliniken haben keinerlei finanziellen Anreiz mehr, am Pflegepersonal zu sparen. Zudem wurden in besonders sensiblen Bereichen im Krankenhaus Pflegepersonaluntergrenzen etabliert. Krankenhäuser erhalten außerdem mehr Geld für Maßnahmen für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie und zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Dieser begonnene Prozess zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs ist von staatlicher Seite konsequent weiterzuführen. Bayern setzt sich hier insbesondere für eine Entlastung des Pflegepersonals in Krankenhäusern von pflegefremden Tätigkeiten und eine Verbesserung der Vergütung durch Ausweitung der Steuerfreiheit für Zuschläge ein. Zudem werben wir beim Bund nicht nur für neue Maßnahmen und monetäre Anreize, sondern auch für eine Verbesserung bereits bestehender Förderprogramme. Erst kürzlich habe ich den Bund dazu aufgefordert, das mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz etablierte Förderprogramm für Maßnahmen der Krankenhäuser für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Pflegekräfte attraktiver zu gestalten. Ich bin überzeugt davon, dass es uns durch gemeinsame Anstrengungen aller Beteiligten gelingen wird, für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegeberufen spürbare Verbesserungen zu erreichen.

Frage:

Nach Aussagen aus dem Bayerischen Landtag scheint es Bestrebungen zu geben, die Krankenhausplanungs- und Finanzierungskompetenz von Bayern auf den Bund zu übertragen. Das Gutachten der Bertelsmann Stiftung zu einer zukunftsfähigen Krankenhausversorgung, das eine massive Reduzierung der Krankenhausstandorte vorschlägt, ist noch vor der Pandemie entstanden und führt derzeit zu kontroversen und emotional aufgeladenen Diskussionen über die Krankenhauslandschaft in Bayern. Während zum Beispiel im Landkreis Weilheim-Schongau trotz erheblicher Investitionen in die beiden vorhandenen Standorte der Neubau eines Zentralklinikums favorisiert wird, setzen die Landkreise Pfaffenhofen a.d. Ilm und Kelheim auf den Erhalt der bisherigen Standorte. Landrat Martin Neumeyer erklärte vor kurzem, dass er sich bewusst sei, dass man sich durchaus im Gegensatz zu bundes- und landespolitischen Entwicklungen positioniere, welche kleinere Krankenhäuser aus der Versorgung drängen wollen. Wie steht die Bayerische Staatsregierung gerade nach den aktuellen Pandemie-Erfahrungen zu einer wohnortnahen und trotzdem hochqualitativen Krankenhausversorgung als Grundpfeiler unseres Gesundheitswesens?

Eine leistungsfähige und flächendeckende stationäre Versorgung war und ist der Staatsregierung ein wichtiges Anliegen. Ziel ist dabei stets ein in einem Flächenstaat wie Bayern erforderlicher maßvoller Ausgleich zwischen Wohnortnähe, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Die erfolgreiche Bewältigung der Corona-Pandemie durch die bayerischen Krankenhäuser zeigt, dass diese Strategie bislang erfolgreich war. Bereits seit Jahren findet ein kontinuierlicher Strukturwandel in der bayerischen Krankenhauslandschaft statt, der in der Somatik per Saldo zu einem Abbau stationärer Behandlungskapazitäten und zu einer Konzentration des Versorgungsgeschehens geführt hat. Der Strukturwandel ist weiter in Gange – er funktioniert nur nicht automatisch, sondern auf einem steten

Arbeitsweg im Lichte der tatsächlichen Umstände des Einzelfalls. Hierfür sorgt die Krankenhausplanung in aufwändigen Analysen der Einzelfälle und in zahlreichen Gesprächen mit den Krankenhausträgern. Es geht dabei immer darum, auf Basis der gegebenen Realitäten konkrete, funktionierende Lösungen für die individuelle Situation vor Ort zu erreichen. Deshalb muss die Lösung, die in dem einen Landkreis richtig ist, nicht automatisch auch für einen anderen Landkreis richtig sein.

Klar ist in diesem Zusammenhang zudem: Krankenhausplanung ist keine staatliche Planwirtschaft und Krankenhäuser sind keine nachgeordneten Behörden der Staatsverwaltung. Insbesondere private Krankenhaus Träger haben nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts weitreichende Ansprüche auf Aufnahme in den Krankenhausplan. Andererseits hat die staatliche Krankenhausplanung auch in Rechnung zu stellen, dass die sog. Sicherstellungsverpflichtung für die stationäre Krankenhausversorgung in Bayern im Bereich der Somatik bei den Landkreisen und kreisfreien Städten liegt. Alternative dazu wäre ein rein staatliches Gesundheitssystem, dessen Nachteile in anderen Ländern ersichtlich zutage treten. Insgesamt ist aus Sicht der Staatsregierung die stationäre medizinische Versorgung flächendeckend und auf hohem Niveau sichergestellt. Ein pauschales Überangebot an Betten sehen wir nicht. Schließlich muss die Krankenhausversorgung auch für Spitzenbelegungen wie etwa während der Corona-Pandemie oder Grippewellen gerüstet sein. Weitere Zentralisierungstendenzen allein um der Zentralisierung oder des Kapazitätsabbaus willen, wie sie vor allem durch immer detailliertere bundesrechtliche Vorgaben vorangetrieben werden, lehnen wir ab. Krankenhausplanung und Krankenhausförderung müssen ohne Frage in der Kompetenz der Länder verbleiben.

Frage:

Ein drängendes Problem für viele Gemeinden im ländlichen Raum ist der Hausarztmangel. Die Situation in den Hausarztpraxen in einem durch Kosten- und Leistungsdruck ohnehin gekennzeichneten System muss zwangsläufig durch die Zusatzbelastung einer Pandemiesituation „zum Überlaufen kommen“, so der Kreisvorsitzende des Gesundheits- und Pflegepolitischen Arbeitskreis (GPA) Rosenheim, Elmar Stegmeier. Gesundheitspolitik ist zwar Bundessache, die Probleme bestehen aber dort, wo die Menschen leben und die Versorgung stattfindet – in den Gemeinden. Daher muss aus lokaler Sicht gedacht werden. „Wir stehen hier mit dem Rücken zur Wand“, so Aschaus Bürgermeister Frank, „einerseits sind wir für eine undefinierte kommunale Daseinsvorsorge zuständig, andererseits liegen alle Entscheidungsmöglichkeiten beim Bund“. Welche Anstrengungen unternimmt Ihr Haus, um die Hausärztesituation im ländlichen Raum zu verbessern?

Für alle Bürgerinnen und Bürger muss in allen Teilen des Landes die ärztliche Versorgung wohnortnah und in guter Qualität gewährleistet werden. Das ist ein zentrales gesundheitspolitisches Ziel der Staatsregierung. Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt dabei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Wir unterstützen sie mit zahlreichen Maßnahmen wie dem Förderprogramm zum Erhalt und zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Landarztquote. Das Förderprogramm basiert auf zwei Säulen: der Landarztprämie und dem Stipendienprogramm für Medizinstudierende. Mit der Landarztprämie fördern wir die Niederlassungen von Ärztinnen und Ärzten in Orten mit maximal 20.000 Einwohnern mit bis zu 60.000 Euro. Wichtigste Voraussetzung ist, dass die Niederlassungen in Orten erfolgen, die nicht überversorgt sind. Bisher konnten wir so bereits rund 900 Niederlassungen und Filialbildungen fördern.

Auch mit dem Stipendienprogramm für Medizinstudierende haben wir zusätzliche Anreize geschaffen, mit denen wir Studierende für eine spätere Tätigkeit im ländlichen Raum gewinnen können. Das funktioniert so: Der oder die Medizinstudierende verpflichtet sich, die fünfjährige Weiterbildung auf dem Land zu absolvieren und im Anschluss weitere fünf Jahre dort zu praktizieren. Hierfür erhält er oder sie ein Stipendium in Höhe von 600 Euro monatlich – für bis zu 4 Jahre. Das wirkt: Bisher haben wir so schon 274 Studentinnen und Studenten für eine spätere Tätigkeit im ländlichen Raum motiviert. Daneben trägt auch die Landarztquote, die wir zum Wintersemester 2020/21 etabliert haben, zum Erhalt und zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen bei. Landarztquote heißt, dass bis zu 5,8 Prozent aller Medizinstudienplätze pro Jahr in Bayern für Studierende vorgehalten werden, die später als Hausärzte im ländlichen Raum tätig werden wollen. Sie verpflichten sich, nach dem Studium und der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin oder für Innere Medizin für mindestens zehn Jahre in einer Region zu arbeiten, die unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht ist. Die Abiturnote spielt dabei im Auswahlverfahren keine Rolle. Ich bin fest davon überzeugt: Um eine gute Ärztin oder ein guter Arzt zu sein, braucht es mehr als ein Einser-Abitur. Im Berufsleben sind auch Sozialkompetenz und Empathie gefragt. Wir konzentrieren uns deshalb bei der Landarztquote auf die besondere Motivation und Eignung der künftigen Ärztinnen und Ärzte. Wir sind uns bewusst: Das Thema hausärztliche Versorgung ist zentral für die Zukunft. Wir dürfen deshalb hier nicht nachlassen und müssen alle Akteure vor Ort zusammenbringen, um Synergien noch besser zu nutzen – zum Beispiel durch den Ausbau von Weiterbildungsverbünden oder die Einbindung der Gesundheitsregionen^{plus}, die Hausärzte bei der Niederlassung durch Beratung und Vernetzung ebenfalls unterstützen können und dies vielerorts auch bereits tun.

Bericht: Bayernbund, Fritz Lutzenberger (entnommen der Weiß-Blauen Rundschau, der Mitglieder-Zeitschrift von www.bayernbund.de)

Fotos: – Staatsminister für Gesundheit und Pflege Klaus Holetschek (Foto: stmgp.de)

– Staatsminister Klaus Holetschek (mitte) beantwortete ausführlich die Fragen des Landesvorsitzenden Sebastian Friesinger (rechts) und von WBR-Redakteur Fritz Lutzenberger (links). (Foto: stmgp.de)

– Ein klares Bekenntnis von Gesundheitsminister Klaus Holetschek und Sebastian Friesinger zur Impfkampagne: Innerhalb des Staatsministeriums waren auch beim Fototermin FFP2-Masken vorgeschrieben. (Foto: stmgp.de)

– Staatsminister Klaus Holetschek MdL am Rednerpult im Bayerischen Landtag. (Foto: Bayer. Landtag)



Kategorie

1. Gesundheit & Corona

Schlagworte

1. Bayernbund
2. Bayern
3. Corona
4. München-Oberbayern
5. Staatsminister Klaus Holetschek