

**MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN
BADEN-WÜRTTEMBERG**

Postfach 103443 70029 Stuttgart
E-Mail: poststelle@sm.bwl.de
FAX: 0711 123-3999

An den
Präsidenten des Landtags
von Baden-Württemberg
Herrn Guido Wolf MdL
Haus des Landtags
Konrad-Adenauer-Straße 3
70173 Stuttgart

Stuttgart 10. Februar 2014
Durchwahl 0711/123-3676
Name Dr. Andreas Marg
Aktenzeichen 33-0141.5/15/4614
(Bitte bei Antwort angeben)

nachrichtlich – ohne Anlagen –

Staatsministerium

**Antrag der Abg. Friedlinde Gurr-Hirsch u.a. CDU
- Geriatrische Rehabilitation in Baden-Württemberg
- 15/4614**

Ihr Schreiben vom 21. Januar 2014

Anlagen
9 Mehrfertigungen

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren beantwortet die Kleine Anfrage wie folgt:

*Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen*

zu berichten,

- 1. wie sich die Nachfrage nach geriatrischen Rehabilitationsleistungen in Baden-Württemberg in den letzten zehn Jahren entwickelt hat;*

2. *wie sich die Anzahl der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg in den letzten zehn Jahren entwickelt hat;*

Die Anzahl der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg hat sich gegenüber den im Geriatriekonzept von 2001 aufgeführten 45 Einrichtungen mit 1.891 Behandlungsplätzen auf 43 Einrichtungen mit stationären und/oder ambulanten mit 1.629 stationären und 187 ambulanten und mobilen Behandlungsplätzen leicht verringert.

Nach Angaben des Statistischen Landesamtes hat sich von 2002 bis 2012 in den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen die Zahl der Pfl egetage und der Nutzungsgrad der Behandlungsplätze von 228.972 Pfl egetagen auf 377.225 Pfl egetage erhöht, bei einer Entwicklung der Auslastung von 86,2 % im Jahr 2002 auf 80,3 % im Jahr 2012.

Diese Angaben basieren auf der Erhebung durch das Statistische Landesamt im Rahmen der Erhebung der Krankenhausstatistik nach § 17 des Bundesstatistikgesetzes. Nach diesen Angaben wurden 2012 28 stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen mit 1.284 Behandlungsplätzen erfasst, ausgehend von 18 Einrichtungen und 728 Plätzen im Jahr 2002 und nach einem Höhepunkt im Jahr 2008 mit 30 Einrichtungen und 1.326 Behandlungsplätzen.

Krankenbetten, Pfl egetage und Patientenbewegungen (stationäre Fälle) in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg nach Fachabteilungen seit 2002							
Berichtsjahr	Fachabteilung	Vorsorge oder Rehabilitationseinrichtungen	Aufgestellte Betten	Pfl egetage	Fallzahl	Nutzungsgrad der Betten	"Verweildauer"
		Anzahl				%	Tage
2002	Geriatrie	18	728	228972	8993	86,2	25,5
2003	Geriatrie	19	926	277161	11155	82,0	24,8
2004	Geriatrie	20	937	293194	12059	85,5	24,3
2005	Geriatrie	21	974	286267	12254	80,5	23,4
2006	Geriatrie	23	1036	279487	12019	73,9	23,3
2007	Geriatrie	24	1120	322920	14400	79,0	22,4
2008	Geriatrie	27	1228	337131	15623	75,0	21,6
2009	Geriatrie	30	1361	380209	17581	76,5	21,6
2010	Geriatrie	29	1326	356660	16720	73,7	21,3
2011	Geriatrie	28	1312	372252	17641	77,7	21,1
2012	Geriatrie	28	1284	377225	17943	80,3	21,0
Quelle : Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.							

3. *welche Bedeutung sie der geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg beimisst und wie sie die zukünftige Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg einschätzt;*

Die Geriatrische Rehabilitation ist eine wesentliche Säule in der Sicherung der Lebensqualität und der medizinischen Versorgung alter Menschen in Baden-Württemberg. Sie ist auch von zentraler Bedeutung für die Pflegeinfrastruktur des Landes.

Zahlreiche geriatrische Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg befinden sich in einer wirtschaftlich schwierigen Situation, einige haben schließen müssen. Hierzu haben auch die Einführung des DRG-Systems in der akutstationären Krankenhausvergütung, die in Baden-Württemberg zu einer Konkurrenzsituation zwischen Krankenhaus und Rehabilitationsklinik führte und der Ausbau der Einrichtungen indikationsspezifischer Rehabilitation hinsichtlich der Behandlung älterer Menschen besonders im Bereich der Orthopädie und Neurologie beigetragen.

Die Landesregierung beobachtet diese Situation in der geriatrischen Versorgung mit Sorge. Mit der Schiedsstelle wurde im Land rasch ein Konfliktlösungsmechanismus geschaffen, der sicherstellen kann, dass auskömmliche Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zustande kommen.

Die Landesregierung beabsichtigt, mit einem grundlegend überarbeiteten Geriatriekonzept eine neue Grundlage für eine gute geriatrische Versorgung im Land zu schaffen, um auf dieser Grundlage die geriatrische Rehabilitation mit hoher fachlicher Qualität flächendeckend zu erhalten und bedarfsgerecht auszubauen.

4. inwiefern geriatrische Leistungen dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu verhindern, abzumildern oder hinauszuzögern;

Geriatrische Rehabilitation ist geboten, wenn nach akuten Erkrankungen sowie bei chronischen Krankheiten, eine anhaltende Beeinträchtigung der alltäglichen Verrichtungen und der Teilnahme am sozialen Leben droht. Bei der Rehabilitation steht die Behandlung der Krankheitsfolgen (der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe) im Vordergrund. Während die Akutbehandlung auf die Beeinflussung von Krankheiten und geschädigten Körperstrukturen und Körperfunktionen zielt, fokussiert die Rehabilitation auf die Wiedererlangung der Aktivitäten und der Teilhabe unter Berücksichtigung personbezogener und umweltbezogener Kontextfaktoren. Die Behandlung der Erkrankungsursache erfolgt, falls erforderlich, ergänzend zur Rehabilitation.

Die ambulante und stationäre geriatrische Rehabilitation nach § 40 SGB V erfolgt wohnortnah, um die Angehörigen in den Rehabilitationsprozess einzubeziehen. Sie ist für ältere Menschen die richtige Behandlungsform, wenn diese in der Regel 70 Jahre oder älter sind und mehrere Erkrankungen vorliegen.

5. *ob sich die Krankenkassen hinsichtlich der Kostenübernahme für geriatrische Leistungen restriktiv verhalten und inwiefern die geriatrischen Versorgungsstrukturen in Baden-Württemberg einer Neuausrichtung bedürfen;*

Die Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrie als Vertretung geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen beschreibt eine weitgehend zufriedenstellende Belegung nach einem vorübergehenden Rückgang in den Jahren 2010/2011. Die übliche Praxis von Kostenzusagen für stationäre geriatrische Rehabilitation von maximal 21 Tagen werde von vielen Kostenträgern zunehmend auf 18-20 Tage begrenzt. Die gegenwärtige durchschnittliche Verweildauer der Rehabilitanden von durchschnittlich ca. 21 Tagen bewertet die Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrie als zu restriktiv und deutlich zu niedrig. Daneben beschreibt sie auch eine Zunahme der durchschnittlichen Fallschwere über die Jahre, was den Case-Mix in den Abteilungen zunehmend belastet und teilweise das Gesamtkonzept der Einrichtungen gefährdet. Dies geschehe durch eine Zuweisung mobilerer Patienten in nicht-geriatrische, indikationsspezifische Einrichtungen und umgekehrt eine Zuweisung sehr schwer betroffener Patienten. Nur sehr wenige, nämlich 4,4 % aller Rehabilitanden, kommen nach Angaben der Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrie aus ambulanter Behandlung, was unter anderem mit einem als aufwändig beschriebenen Antragsverfahren zusammenhänge.

Die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen legen dar, dass ihnen eine restriktive Kostenübernahme für geriatrische Rehabilitationsleistungen nicht bekannt sei; die Leistungsbewilligung werde von den Krankenkassen und den Ersatzkassen in Baden-Württemberg in eigener Zuständigkeit vorgenommen. Grundlage für Leistungsentscheidungen sei die Erfüllung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen nach den Vorschriften des SGB V und den jeweils einschlägigen Richtlinien.

Bezüglich der Frage nach einer Neuausrichtung der geriatrischen Versorgungsstrukturen in Baden-Württemberg sieht die Landesregierung die Notwendigkeit, dass die medizinischen Versorgungsstrukturen insgesamt verstärkt auf die Bedarfe hochaltriger chronisch und mehrfach kranker Menschen ausgerichtet werden.

6. *wie sie sich für die Gewährleistung eines breiten und vielfältigen Angebots an effizienter und qualifizierter geriatrischer Rehabilitation in stationärer, ambulanter und mobiler Form einsetzt;*

Die Strukturverantwortung für die Sicherstellung geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen liegt nach dem SGB IX allein bei den Verbänden der Leistungsträger und den Krankenkassen. Geriatrische Rehabilitation unterliegt keiner staatlichen Planung und deshalb steht die Selbstverwaltung hier in einer besonderen Verantwortung. Die Landesregierung von Baden-Württemberg hatte bereits Mitte der 1980er Jahre den Handlungsbedarf für eine verstärkte Betreuung und Versorgung mehrfach erkrankter älterer Menschen erkannt. Mit der Etablierung des Geriatriekonzepts 1989 wurde ein Schwerpunkt der geriatrischen Versorgung auf die Rehabilitation gelegt. Der Aufbau dieser Strukturen erfolgte unter maßgeblicher Beteiligung der Krankenkassen.

Die Rahmenbedingungen der geriatrischen Versorgung haben sich seitdem weiter verändert. Es wurden akutergeriatrische Betten aufgestellt und die indikationsspezifische Rehabilitation besonders im Bereich der Orthopädie und Neurologie wurde ausgebaut. Aus diesem Grund wird gegenwärtig das Geriatriekonzept überarbeitet. Die Überarbeitung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den am geriatrischen Geschehen in Baden-Württemberg beteiligten Organisationen und Verbänden.

Um fundierte Aussagen zum Bedarf an Versorgungsstrukturen treffen zu können hat das Sozialministerium wissenschaftliche Untersuchungen in Auftrag gegeben. Eine Expertise zu den ambulanten Strukturen altersmedizinischer Versorgung wurde durch die Universität Hannover mit der Universität Dortmund erstellt. Diese Expertise wurde im Jahr 2013 abgeschlossen und veröffentlicht. Mit Blick auf künftige Bedarfe der geriatrischen Versorgung und ihrer Weiterentwicklung im ambulanten und stationären, kurativen und rehabilitativen Bereich fördert das Sozialministerium gemeinsam mit der AOK eine wissenschaftliche Untersuchung der geriatrischen Versorgungsstrukturen in Baden-Württemberg. Ziel der Untersuchung ist, tragfähige Aussagen für die künftige Entwicklung der geriatrischen Versorgung, und hier speziell der geriatrischen Rehabilitation, innerhalb des umfassenden Systems der medizinischen Versorgung zu ermöglichen. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen in die Fortentwicklung des Geriatriekonzepts Baden-Württemberg einfließen.

7. *wie sie die medizinische Versorgung geriatrischer Patienten besser mit den Pflegestrukturen und Unterstützungsangeboten für ältere Menschen vernetzen will;*

Gerade der alte Mensch ist auf den Erhalt seiner Verankerung in Familie und Wohnumfeld angewiesen. Die Verzahnung von Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Kuration und Pflege zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und von Kontinuität gezeichneten Versorgung in Wohnortnähe, aber auch die Einbindung und Förderung informeller Unterstützungs- und Hilfesysteme sind für die ambulante Versorgung geriatrischer Patienten notwendig und stellen besondere Herausforderungen für das zukünftige Gesundheitssystem dar. Es ist Aufgabe aller an der Versorgung Beteiligten, die weitere Realisierung der Interdisziplinarität, der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Kooperation und des ganzheitlichen Behandlungsansatzes zu fördern.

Die Landesregierung strebt an, regionale geriatrische Versorgungsnetzwerke als Netzwerk ambulanter, integrierender und stationärer Angebote in Modellregionen in Baden-Württemberg zu erproben. Ein Versorgungsnetzwerk kann beispielsweise durch die Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren vor Ort koordiniert werden.

Mit dem Projekt „Verbesserung der medizinischen Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern“ fördert das Land gegenwärtig die Untersuchung eines Interventionskonzeptes in stationären Pflegeeinrichtungen. Es sind vier Modellstandorte in verschiedenen Regionen, städtisch und ländlich, eingeschlossen, an denen unterschiedliche auf die Problematik des jeweiligen Standortes abgestimmte Lösungsansätze gewählt werden. Um die Wirksamkeit der Lösungsansätze in den jeweiligen Standorten überprüfen zu können, wird das Gesamtprojekt wissenschaftlich evaluiert und bewertet. Diese Aufgabe wird von einer Forschungsgruppe am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg wahrgenommen.

Aus Sicht der Landesverbände der Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen kommen die Kranken- und Ersatzkassen in Baden-Württemberg ihrem gesetzlichen Beratungsauftrag nach §14 SGB I nach. Für den Bereich der Pflegeversicherung seien Sondernormen geschaffen worden (§§ 7 und 7a SGB XI), die ebenfalls umgesetzt werden. D.h., dass neben den bereits existierenden Einrichtungen und Institutionen der ambulanten Versorgung geriatrischer Patienten/innen zusätzliche Beratungsangebote vorgehalten werden, die auf die individuelle und sektorenübergreifende Vernetzung (Kranken- und Pflegeversicherung) von Unterstützungsangeboten hinwirken. Darüber hinaus seien die Pflegestrukturen in Baden-Württemberg in den vergangenen Jahren mit den bestehenden IAV-Stellen (Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen) und dem Ausbau der Pflegestützpunkte zur optimierten Vernetzung der ambulanten Pflege deutlich ausgeweitet worden.

Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) erfolgt eine Vernetzung der medizinischen Versorgung geriatrischer Patienten mit den vorhandenen Pflegestrukturen aktuell über folgende Maßnahmen:

a) Pflegeheimvertrag mit der BARMER GEK:

Im Sozialgesetzbuch V ist in § 119b mit der Option für Kooperationsverträge zwischen Vertragsärzten und Pflegeheimen eine wesentliche Rahmenbedingung verankert. 2012 hat die KVBW mit der BARMER GEK einen ersten Pflegeheimvertrag geschlossen, die Vereinbarung über die Optimierung der ambulanten medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg. Das Pilotprojekt wurde nach einem Jahr evaluiert und von den Vertragspartnern als Schritt in die richtige Richtung bewertet: Die KVBW und die BARMER GEK haben mit dem eigenen Pflegeheimvertrag die Grundlage für eine strukturierte und intensivierete Betreuung der Bewohner/innen von Pflegeheimen geschaffen. Kern der Vereinbarung ist eine engere Vernetzung der Arztpraxen mit den Pflegeheimen. Diese Leistung wird den Praxen extra vergütet. Die Hausärzte verpflichten sich, die an dem Vertrag teilnehmenden Patientinnen und Patienten mindestens einmal pro Quartal zu besuchen. Sowohl die Haus- als auch die Fachärzte für Urologie und Dermatologie sind in den Vertrag einbezogen. Für die Einschreibung der Patientinnen und Patienten wurde ein einfaches und unbürokratisches Verfahren gefunden.

b) Modellversuch Vereinfachung der Verordnung von Häuslicher Krankenpflege:

Gemeinsam mit dem Verband der Ersatzkassen soll in einem Modellversuch die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege (HKP) nach § 37 SGB V vereinfacht werden. Aktuell sind an der Verordnung neben dem verordnenden Arzt auch die Pflegedienste und die Krankenkassen in einem mehrstufigen Genehmigungsprozess beteiligt. Durch die geplante Vereinfachung soll die häusliche Pflege unbürokratischer als bisher verordnet werden und nahtlos an die Entlassung aus einer stationären Behandlung anschließen. Diese Vereinfachung soll für die Patientinnen und Patienten den Erhalt des Leistungsanspruchs beschleunigen und erleichtern. Für Kassen, Pflegedienste und Ärzte soll der Verwaltungsaufwand verringert werden. Der Modellversuch nach § 63 Abs. 3 SGB V soll 2014 mit vier ausgewählten Pflegediensten starten und nach einer Laufzeit von neun Monaten wissenschaftlich evaluiert werden.

8. *ob sie darauf hinwirkt, dass sich zukünftig die Pflegeversicherung an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation beteiligt.*

Die Landesregierung wird sich im Bundesrat weiter dafür einsetzen, dass im Rahmen der Neuordnung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Reform der Pflegeversicherung eine finanzielle Mitverantwortung der Pflegeversicherung für die Geriatrische Rehabilitation verankert wird.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

Katrin Altpeter MdL

Ministerin für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Senioren