



## **Schriftliche Anfrage**

der Abgeordneten **Kerstin Celina, Patrick Friedl BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**  
vom 20.04.2022

### **Zukunftsperspektive der geriatrischen Rehabilitation in Bayern**

Vor 25 Jahren hat Bayern mit einer Investitionskostenförderung eine wichtige Anschubfinanzierung für notwendige infrastrukturelle Investitionen der Leistungserbringer ermöglicht und somit einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der geriatrischen Rehabilitation in Bayern geleistet. So wurden neue Angebote geschaffen und neue Einrichtungen aufgebaut. Seitdem wurde jedoch versäumt, die finanzielle Ausstattung speziell der Einrichtungen zur stationären geriatrischen Rehabilitation den seitdem stark gestiegenen Anforderungen hinreichend anzupassen. Laut den Autoren des Studienberichts der vom Freistaat Bayern geförderten Geriatrie in Bayern-Datenbank (GiB-DAT) Follow-Up-Studie deuten „die Schwierigkeiten, die Studie in den Kliniken durchzuführen wie auch vereinzelte Äußerungen der Betroffenen“ schon vor über zehn Jahren an, „dass die Einrichtungen häufig bereits am organisatorischen und finanziellen Limit arbeiten oder dieses möglicherweise bisweilen überschritten haben. Um die erreichte Qualität zu erhalten, wird es zukünftig darauf ankommen, eine adäquate Vergütung für die stationäre geriatrische Rehabilitation sicherzustellen“ (Ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern e.V.: Nachhaltigkeit geriatrischer Rehabilitation in Bayern: GiB-DAT Follow-Up-Studie, S. 94, 2011). Angesichts dessen fragen wir die Staatsregierung:

- 1.a) Sieht die Staatsregierung speziell die stationäre geriatrische Rehabilitation insbesondere im Blick auf das Prinzip „Rehabilitation vor Pflege“ als einen essenziellen Baustein der Gesundheitsversorgung an, um beispielsweise hohe Kosten durch Pflegebedürftigkeit der Patientinnen und Patienten zu vermeiden und möglichst lange ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben der Betroffenen zu gewährleisten (bitte mit einer Einordnung der stationären geriatrischen Rehabilitation innerhalb der geriatrischen Gesundheitsversorgung in Bayern)? ..... 5
- 1.b) Sieht die Staatsregierung die flächendeckende Versorgung mit Angeboten der geriatrischen Rehabilitation (ambulant wie stationär) als gewährleistet an (bitte unter Angabe von Belegen für den Versorgungsgrad)? ..... 6
- 1.c) Welche konkreten Maßnahmen plant die Staatsregierung, um den zu erwartenden weiterhin steigenden Bedarf an Angeboten im Bereich der geriatrischen Rehabilitation dauerhaft flächendeckend sicherzustellen? ..... 6

- 
- 2.a) Welche Einrichtungen der stationären geriatrischen Rehabilitation mussten in den Jahren seit 2010 in Bayern schließen oder sind aus anderen Gründen weggefallen (bitte unter Angabe der Auswirkungen auf den Versorgungsgrad – z. B. Anzahl der vorhandenen Betten, Situation der altersmedizinischen Versorgung in Bayern – im Verhältnis zur Bevölkerung über 65 Jahren bzw. über 75 Jahren)? ..... 7
- 2.b) Wie will die Staatsregierung die flächendeckende Versorgung mit Angeboten der stationären geriatrischen Rehabilitation trotz der Schließung mehrerer Einrichtungen zukünftig gewährleisten? ..... 7
- 2.c) Welche weiteren konkreten Maßnahmen (insbesondere zur Verhinderung der Schließung von Einrichtungen) ergreift oder plant die Staatsregierung, um den zu erwartenden weiterhin steigenden Bedarf an Angeboten aus der stationären geriatrischen Rehabilitation dauerhaft flächendeckend sicherzustellen? ..... 7
- 3.a) Wie will die Staatsregierung den immer deutlicher spürbaren Fachkräftemangel im Pflegebereich aber auch beim ärztlichen und therapeutischen Personal im Bereich der altersmedizinischen Versorgung insbesondere bei der stationären geriatrischen Rehabilitation begegnen (dabei bitte auf den steigenden Personalaufwand infolge des stetig steigenden Alters der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie der wachsenden Schwere der Erkrankungen und zunehmenden komplexen Multimorbiditäten eingehen)? ..... 7
- 3.b) Ist die stationäre geriatrische Rehabilitation in Bayern nach Meinung der Staatsregierung – mit dem nach unserer Kenntnis derzeitigen Pflegesatz von ca. 235 Euro – auskömmlich finanziert, obwohl regional ein Pflegesatzbedarf von ca. 265 Euro vielerorts als benötigtes Minimum gefordert worden ist (bitte unter Angabe des von der Staatsregierung als angemessen bewerteten Pflegesatzes)? ..... 8
- 3.c) Was hält die Staatsregierung für einen Anlass, den aktuellen Pflegesatz deutlich anzuheben und so an die tatsächlich anfallenden Behandlungskosten anzugleichen (bitte unter Angabe der Möglichkeiten der Staatsregierung, auf die Pflegekassen entsprechend einzuwirken)? ..... 8
- 4.a) Wie beurteilt die Staatsregierung, dass im Gegensatz zu Akutkliniken Rehabilitationskliniken dem Grundsatz der monistischen Finanzierung unterliegen, d. h., dass sie mit dem jeweils gültigen Pflegesatz (siehe auch Fragen 3 a bis 3 c) auch Investitionskosten wie z. B. Reparatur-, Wartungs- und Instandhaltungsaufwendungen für Gebäude und technische Anlagen finanzieren müssen? ..... 9
- 4.b) Sieht die Staatsregierung es angesichts dessen als realistisch an, dass die geriatrischen Rehabilitationskliniken die genannten Investitionskosten über den Pflegesatz auch künftig auskömmlich finanzieren können werden? ..... 9

- 
- 4.c) Inwieweit hat die Staatsregierung im Rahmen des Geriatriekonzepts 1990 und des Fachprogramms Akutgeriatrie von 2009 die stationären geriatrischen Einrichtungen bei der Finanzierung von Investitionskosten unterstützt (bitte unter Angabe der bisherigen finanziellen Unterstützungsmaßnahmen und mit einer Bewertung zur Idee der Aufnahme eines Investitionskostenzuschlags als Komponente des Pflegesetzes)? ..... 9
- 5.a) Wie bewertet die Staatsregierung die Praxis der Interpretation des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) durch das Anknüpfungsprinzip, das vorsieht, dass durch den Kostenträger „die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen [...] nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann“ (während manche Kostenträger die Auffassung des Anknüpfungsprinzips an die zuletzt getroffene Vergütungsvereinbarung vertreten)? ..... 10
- 5.b) Wie steht die Staatsregierung zur möglichen Interpretation des GKV-IPReG, die genannte Lücke durch Gegenüberstellung der tariflich zu zahlenden Gehälter zu schließen (bezogen auf die anerkannten Personalkennzahlen) mit der absoluten Höhe des aktuell gültigen Pflegesetzes sowie ein entsprechender Ausgleich des Differenzbetrags als pflegesatzerhöhenden Betrag? ..... 10
- 5.c) Wie beurteilt die Staatsregierung den Vorschlag, dass unabwiesbare Sachkostensteigerungen vergleichbar den tariflichen Gehaltssteigerungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können, da das GKV-IPReG keine Aussagen zu steigenden Sachkosten (z.B. durch steigende Energiepreise) oder Instandhaltungskosten von Gebäuden trifft? ..... 10
- 6.a) Hält die Staatsregierung die Benachteiligung von geriatrischen Rehabilitationskliniken, die seit der gesetzlichen Einführung der Generalistik in der Pflegeausbildung die jahrelang erfolgreich durchgeführte Ausbildung von Pflegekräften in geriatrischen Rehabilitationskliniken nicht mehr möglich macht, so zu einem Wettbewerbsnachteil führt und ein massives Hindernis bei der Rekrutierung und Ausbildung von dringend benötigtem Fachpersonal im Bereich der (geriatrischen) Rehabilitation darstellt, für zumutbar? ..... 11
- 6.b) Welche konkreten Maßnahmen sind von Seiten der Staatsregierung geplant, um diese Ungleichheit beseitigen zu helfen? ..... 11
- 6.c) Wie sieht der konkrete Zeitplan dieser Maßnahmen aus? ..... 11
- 7.a) Wie steht die Staatsregierung – angesichts der demografischen Entwicklung in Deutschland – zu einer Facharztausbildung für Geriatrie in Bayern, wie es sie in Berlin, Brandenburg oder Sachsen-Anhalt gibt (während in Bayern lediglich eine „Zusatz-Weiterbildung Geriatrie“ mit einem Viertel der Weiterbildungszeit im Vergleich zum Facharzt möglich ist)? ..... 12

---

7.b) Welche konkreten Maßnahmen und Zeitpläne gibt es für die Umsetzung einer Facharztausbildung für Geriatrie in Bayern (bitte unter konkreter Angabe evtl. geplanter Unterstützung einer Umsetzung durch den Freistaat)? .....	12
7.c) Welche alternativen Maßnahmen plant die Staatsregierung, bis zur Einführung einer Facharztausbildung, um die adäquate personelle Ausstattung der geriatrischen Versorgung in Bayern zukünftig sicherzustellen? .....	12
Hinweise des Landtagsamts .....	13

# Antwort

## des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege

vom 24.05.2022

- 1.a) Sieht die Staatsregierung speziell die stationäre geriatrische Rehabilitation insbesondere im Blick auf das Prinzip „Rehabilitation vor Pflege“ als einen essenziellen Baustein der Gesundheitsversorgung an, um beispielsweise hohe Kosten durch Pflegebedürftigkeit der Patientinnen und Patienten zu vermeiden und möglichst lange ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben der Betroffenen zu gewährleisten (bitte mit einer Einordnung der stationären geriatrischen Rehabilitation innerhalb der geriatrischen Gesundheitsversorgung in Bayern)?**

Entsprechend dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ hat die Staatsregierung für eine flächendeckende medizinische Versorgung älterer Menschen im bayerischen Geriatriekonzept aus dem Jahr 1990 den Schwerpunkt auf einen Ausbau der geriatrischen Rehabilitation gelegt.

Unmittelbar nach dem Aufenthalt im Akutkrankenhaus sollen Patientinnen und Patienten durch gezieltes Training befähigt werden, wieder nach Hause in ein selbstbestimmtes Leben zurückzukehren. Somit ist eines der Hauptziele, die Selbstständigkeit zu erhalten oder wiederzugewinnen und eine drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest abzumildern.

Mit dem Ziel der Weiterentwicklung des bayerischen Geriatriekonzepts wurde im Jahr 2009 das Fachprogramm „Akutgeriatrie“ durch den bayerischen Krankenhausplanungsausschuss (Art. 7 Bayerisches Krankenhausgesetz – BayKrG) verabschiedet. Der Freistaat Bayern verfügt als einziges deutsches Bundesland über ein solches Fachprogramm „Akutgeriatrie“.

Durch das Fachprogramm sollen ergänzend zu der bestehenden und bewährten Rehastruktur frührehabilitative und akutgeriatrische Angebote im Krankenhaus aufgebaut werden. Ziel ist dabei, die Versorgung älterer multimorbider Menschen durch einen ganzheitlichen Behandlungsansatz bereits im Krankenhaus zu verbessern. Die genauen Anforderungen finden sich im Krankenhausplan des Freistaates Bayern im Teil II, Abschnitt E (Link [www.stmgp.bayern.de](http://www.stmgp.bayern.de)<sup>1</sup>).

Neben der Versorgung im Krankenhaus und in den Rehabilitationseinrichtungen bilden die Hausärzte eine wichtige Säule, welche die geriatrische Versorgung im ambulanten Sektor sicherstellt.

Die „Mobile geriatrische Rehabilitation“ (MoGeRe) ist eine Sonderform der geriatrischen Rehabilitation. Die MoGeRe-Teams setzen sich aus Medizinern, Pflegefachkräften sowie rehabilitativ geschulten Therapeuten und Fachkräften (z.B. Sozialarbeiter/Sozialpädagogen/Ernährungsberater) zusammen. Während bei der ambulanten geriatrischen Rehabilitation den Patientinnen und Patienten tagsüber das volle therapeutische Spektrum einer Rehabilitationsklinik zur Verfügung steht, sucht bei der MoGeRe ein interdisziplinäres Team die Betroffenen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung auf und erbringt dort alle notwendigen Rehabilitationsleistungen.

1 <https://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-krankenhausbetreiber/krankenhausplanung/>

Diese Form der Rehabilitation richtet sich an multimorbide Patientinnen und Patienten mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und mit einem komplexen Hilfebedarf. Das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) fördert die Anfangsphase der MoGeRe mit bis zu 25.000 Euro pro Team.

- 1.b) Sieht die Staatsregierung die flächendeckende Versorgung mit Angeboten der geriatrischen Rehabilitation (ambulant wie stationär) als gewährleistet an (bitte unter Angabe von Belegen für den Versorgungsgrad)?**
- 1.c) Welche konkreten Maßnahmen plant die Staatsregierung, um den zu erwartenden weiterhin steigenden Bedarf an Angeboten im Bereich der geriatrischen Rehabilitation dauerhaft flächendeckend sicherzustellen?**

Die Fragen 1 b und 1 c werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Da für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation nach § 111 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) anders als für den Krankenhaussektor für den Freistaat Bayern keine gesetzliche Grundlage für eine Bedarfsplanung besteht, liegen der Staatsregierung keine Erkenntnisse darüber vor, inwieweit durch diese Angebote eine flächendeckende Versorgung (ambulant und stationär) gewährleistet ist.

Die gesetzlichen Krankenkassen erfüllen die ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben im Rahmen des Gesetzes und des sonstigen für sie maßgebenden Rechts in eigener Verantwortung (§ 29 Abs. 1 und 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IV). Zu den Kernaufgaben im eigenen Verantwortungsbereich gehört der Abschluss der gesetzlich vorgesehenen Verträge und die Vereinbarung der Vergütungen. Dies hat der Bundesgesetzgeber alleine den Selbstverwaltungspartnern zugewiesen. Daher sind auch in der geriatrischen Rehabilitation nach § 111 SGB V die Verhandlungen zwischen den Krankenkassen sowie den Trägern der einzelnen Rehabilitationseinrichtungen zu führen. Die Staatsregierung hat auf die Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner keinen Einfluss.

- 2.a) Welche Einrichtungen der stationären geriatrischen Rehabilitation mussten in den Jahren seit 2010 in Bayern schließen oder sind aus anderen Gründen weggefallen (bitte unter Angabe der Auswirkungen auf den Versorgungsgrad – z. B. Anzahl der vorhandenen Betten, Situation der altersmedizinischen Versorgung in Bayern – im Verhältnis zur Bevölkerung über 65 Jahren bzw. über 75 Jahren)?**
- 2.b) Wie will die Staatsregierung die flächendeckende Versorgung mit Angeboten der stationären geriatrischen Rehabilitation trotz der Schließung mehrerer Einrichtungen zukünftig gewährleisten?**
- 2.c) Welche weiteren konkreten Maßnahmen (insbesondere zur Verhinderung der Schließung von Einrichtungen) ergreift oder plant die Staatsregierung, um den zu erwartenden weiterhin steigenden Bedarf an Angeboten aus der stationären geriatrischen Rehabilitation dauerhaft flächendeckend sicherzustellen?**

Die Fragen 2a bis 2c werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine Liste von Leistungserbringern der geriatrischen Rehabilitation, bei welchen es zu einer Kündigung der Versorgungsverträge gekommen ist, liegt der Staatsregierung nicht vor.

In der stationären geriatrischen Rehabilitation ist die Anzahl der Betten über die letzten zehn Jahre (2011–2021) konstant geblieben. Die Daten zur Altersverteilung der Bevölkerung und die Entwicklung der Bettenanzahl in der geriatrischen Rehabilitation werden auf Kreisebene regelmäßig durch das Landesamt für Statistik veröffentlicht und sind auf dessen Website abrufbar.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 1b und 1c verwiesen.

- 3.a) Wie will die Staatsregierung den immer deutlicher spürbaren Fachkräftemangel im Pflegebereich aber auch beim ärztlichen und therapeutischen Personal im Bereich der altersmedizinischen Versorgung insbesondere bei der stationären geriatrischen Rehabilitation begegnen (dabei bitte auf den steigenden Personalaufwand infolge des stetig steigenden Alters der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie der wachsenden Schwere der Erkrankungen und zunehmenden komplexen Multimorbiditäten eingehen)?**

Um dem Pflegefachpersonalmangel entgegenzuwirken, verfolgt die „Ausbildungsoffensive Pflege (2019–2023)“ der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) unter anderem das Ziel, engagierte und gut ausgebildete Pflegefachpersonen für das Berufsfeld zu gewinnen und den Start der neuen Pflegeausbildungen nach dem Pflegeberufgesetz (PflBG) ab 2020 zu unterstützen. Durch die Umsetzung von moderneren Ausbildungsinhalten und einem generalistischen Pflegeverständnis gewinnt die Ausbildung in der Pflege an Attraktivität.

Mit Einführung der generalistischen Pflegeausbildung und dem primärqualifizierenden Pflegestudium in Bayern wurde bereits ein wichtiger Beitrag dazu geleistet, den Pflegeberuf ansprechend zu gestalten.

Die seit dem 01.01.2020 geltende reformierte Ausbildung nach dem PfIBG qualifiziert Auszubildende für die selbstständige, ganzheitlich angelegte Pflege von Menschen aller Altersstufen und in allen Versorgungsbereichen.

Die neue Ausbildungsform wird europaweit anerkannt und ist bereits seit Jahren in anderen EU-Staaten etabliert und bewährt.

Darüber hinaus ist die Nutzung der Möglichkeiten zur Übertragung von Heilkunde auf Pflegefachpersonen ein wichtiger Baustein, die Attraktivität des Berufs zu steigern. Sie ist Gegenstand sowohl des Ministerratsbeschlusses des Kabinetts „Aktionsprogramm Arbeiten in der Pflege“ vom 23.09.2019, als auch der Vereinbarungen der KAP, in der sich alle maßgeblichen Akteure unter Beteiligung der Länder zu entsprechenden Maßnahmen verpflichtet haben.

Im Rahmen der KAP haben sich die Partner zum Ziel gesetzt, die Entwicklung attraktiver und innovativer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen zu fördern, den Prozess der interprofessionellen und teambasierten Zusammenarbeit voranzutreiben und sicherzustellen, dass die Kompetenzen der Pflegefachpersonen auf der Grundlage der im PfIBG definierten Vorbehaltstätigkeiten genutzt werden und insbesondere durch Überprüfung und Systematisierung der aktuell gelebten Delegationsprozesse einen rechtssicheren Handlungsrahmen erhalten und dabei die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu stärken.

Dies soll zu einer Aufwertung des Berufs und zu einer klaren Abgrenzung bzw. Aufgabenzuordnung zu anderen Berufsgruppen wie z. B. Ärztinnen und Ärzten führen.

**3.b) Ist die stationäre geriatrische Rehabilitation in Bayern nach Meinung der Staatsregierung – mit dem nach unserer Kenntnis derzeitigen Pflegesatz von ca. 235 Euro – auskömmlich finanziert, obwohl regional ein Pflegesatzbedarf von ca. 265 Euro vielerorts als benötigtes Minimum gefordert worden ist (bitte unter Angabe des von der Staatsregierung als angemessen bewerteten Pflegesatzes)?**

Das StMGP hat in seiner Zuständigkeit als Rechtsaufsichtsbehörde über die landesunmittelbaren Krankenkassen strikt auf eine neutrale Haltung zu achten. Insofern enthält es sich einer Bewertung der Angemessenheit von Pflegesätzen. Die Rechtsaufsicht über die Krankenkassen erstreckt sich lediglich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht, das für die Versicherungsträger maßgebend ist (§ 87 SGB IV). Daher hat das StMGP keine Möglichkeit, mit den Mitteln der Rechtsaufsicht Einfluss auf Vertragsabschlüsse und die Höhe der Vergütung zu nehmen.

**3.c) Was hält die Staatsregierung für einen Anlass, den aktuellen Pflegesatz deutlich anzuheben und so an die tatsächlich anfallenden Behandlungskosten anzugleichen (bitte unter Angabe der Möglichkeiten der Staatsregierung, auf die Pflegekassen entsprechend einzuwirken)?**

Nicht die Pflegekassen verhandeln die Pflegesätze, sondern die Krankenkassen. Des Weiteren wird auf die Ausführungen zu den Fragen 1 b und 1 c verwiesen.



- 4.a) Wie beurteilt die Staatsregierung, dass im Gegensatz zu Akutkliniken Rehabilitationskliniken dem Grundsatz der monistischen Finanzierung unterliegen, d. h., dass sie mit dem jeweils gültigen Pflegesatz (siehe auch Fragen 3 a bis 3 c) auch Investitionskosten wie z. B. Reparatur-, Wartungs- und Instandhaltungsaufwendungen für Gebäude und technische Anlagen finanzieren müssen?**
- 4.b) Sieht die Staatsregierung es angesichts dessen als realistisch an, dass die geriatrischen Rehabilitationskliniken die genannten Investitionskosten über den Pflegesatz auch künftig auskömmlich finanzieren können werden?**

Die Fragen 4 a und 4 b werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Staatsregierung enthält sich einer Bewertung der monistischen im Vergleich zur dualen Finanzierung. Für Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie deren Finanzierung ist neben anderen Rehabilitationsträgern, wie z. B. die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung zuständig. Die Gesetzgebungskompetenz u. a. zur Ausgestaltung der Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen obliegt dem Bundesgesetzgeber.

Im Übrigen wird auf die Ausführungen zu den Fragen 1 b und 1 c verwiesen.

- 4.c) Inwieweit hat die Staatsregierung im Rahmen des Geriatriekonzepts 1990 und des Fachprogramms Akutgeriatrie von 2009 die stationären geriatrischen Einrichtungen bei der Finanzierung von Investitionskosten unterstützt (bitte unter Angabe der bisherigen finanziellen Unterstützungsmaßnahmen und mit einer Bewertung zur Idee der Aufnahme eines Investitionskostenzuschlags als Komponente des Pflegesatzes)?**

Im Rahmen eines einmaligen Bundesmodellprojekts hat der Freistaat Bayern im Jahr 1996 Fördermittel in Höhe von rund 120 Mio. DM bereitgestellt, damit Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation entstehen konnten.

Angaben über die Gesamtinvestitionen in akutgeriatrische Einheiten in Krankenhäusern liegen der Staatsregierung nicht vor. Diese Investitionen erfolgen regelhaft im Rahmen größerer Baumaßnahmen, die mehrere Betriebsstellen umfassen. Der Förderbetrag wird nur für das jeweilige Gesamtprojekt geprüft und festgelegt. Informationen zu einzelnen Fachbereichen des Krankenhauses liegen dementsprechend für die Krankenhausfinanzierung nicht vor.

- 5.a) Wie bewertet die Staatsregierung die Praxis der Interpretation des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) durch das Anknüpfungsprinzip, das vorsieht, dass durch den Kostenträger „die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen [...] nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann“ (während manche Kostenträger die Auffassung des Anknüpfungsprinzips an die zuletzt getroffene Vergütungsvereinbarung vertreten)?**
- 5.b) Wie steht die Staatsregierung zur möglichen Interpretation des GKV-IPReG, die genannte Lücke durch Gegenüberstellung der tariflich zu zahlenden Gehälter zu schließen (bezogen auf die anerkannten Personalkennzahlen) mit der absoluten Höhe des aktuell gültigen Pflegesatzes sowie ein entsprechender Ausgleich des Differenzbetrags als pflegesatzerhöhenden Betrag?**
- 5.c) Wie beurteilt die Staatsregierung den Vorschlag, dass unabweisbare Sachkostensteigerungen vergleichbar den tariflichen Gehaltssteigerungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können, da das GKV-IPReG keine Aussagen zu steigenden Sachkosten (z. B. durch steigende Energiepreise) oder Instandhaltungskosten von Gebäuden trifft?**

Die Fragen 5a bis 5c werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine rechtsverbindliche Auslegung der bundesgesetzlichen Vorschriften des SGB V obliegt nicht der Staatsregierung. Diese Aufgabe ist der Sozialgerichtsbarkeit vorbehalten. Im Zuge seiner rechtsaufsichtlichen Zuständigkeit über die landesunmittelbaren Krankenkassen in Bayern kann das StMGP nur eindeutig rechtswidriges Handeln der beaufsichtigten Krankenkassen rechtsaufsichtlich beanstanden.

Die Vereinbarung von Vergütungen hat der Bundesgesetzgeber auch im Bereich der Rehabilitation alleine den Selbstverwaltungspartnern zugewiesen. In der geriatrischen Rehabilitation sind daher für Versorgungsverträge nach § 111 SGB V die Verhandlungen ebenfalls ausschließlich zwischen den Krankenkassen sowie den Trägern der einzelnen Rehabilitationseinrichtungen zu führen. Das StMGP ist daran nicht beteiligt.

Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) wurden für Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen neue gesetzliche Voraussetzungen geschaffen. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Krankenkassen und Träger der zugelassenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen) haben damit den gesetzlichen Auftrag erhalten, in Rahmenempfehlungen bundesweit einheitliche Vorgaben für Versorgungs- und Vergütungsverträge zwischen den Krankenkassen und den Einrichtungen festzulegen (§ 111 Abs. 7 SGB V). Diese dienen als Grundlage der (neuen) Verträge im Vorsorge- und Rehabilitationsbereich. Zu vereinbaren sind dabei ebenso die Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen. Zu berücksichtigen ist hier, dass nach den neuen Vorgaben des IPReG auch die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Mit der Erarbeitung

der Rahmenempfehlungen sind die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene derzeit befasst. Bei Nichteinigung kann die neu geschaffene Bundesschiedsstelle für Rehabilitation angerufen werden. So kann möglichen Konflikten bei der Vertragsgestaltung wirksam begegnet werden.

Im IPReg wurde außerdem der Grundsatz der Beitragsstabilität nach § 71 SGB V für die Vereinbarung von Vergütungen für stationäre Leistungen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation aufgehoben. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung im Einzelfall die jährliche Grundlohnsummensteigerung überschreiten kann. Durch höhere Vergütungen können Einrichtungen in die Lage versetzt werden, Mehrausgaben zu finanzieren, die etwa durch Tarifierhöhungen bei den Gehältern der Mitarbeiter entstehen. Dies lässt nun auch Preisadjustierungen oberhalb der Veränderungsrate der Grundlohnsumme zu und soll zu einer Flexibilisierung des Systems der Preisfindung führen. Die Vertragspartner haben somit einen größeren Verhandlungsspielraum für höhere Vergütungen als in der Vergangenheit.

Kommt eine Vereinbarung zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen innerhalb vorgegebener Fristen nicht zustande, steht es den Einrichtungen frei, den Weg eines Schiedsverfahrens zu beschreiten. Der Inhalt der Vereinbarung wird dann auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle (§ 111b SGB V) festgesetzt. Die Landesschiedsstelle ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden. Damit ist für die Einrichtungen die Möglichkeit gegeben, ihre ggf. höheren Forderungen von neutraler Stelle bewerten zu lassen.

- 6.a) Hält die Staatsregierung die Benachteiligung von geriatrischen Rehabilitationskliniken, die seit der gesetzlichen Einführung der Generalistik in der Pflegeausbildung die jahrelang erfolgreich durchgeführte Ausbildung von Pflegekräften in geriatrischen Rehabilitationskliniken nicht mehr möglich macht, so zu einem Wettbewerbsnachteil führt und ein massives Hindernis bei der Rekrutierung und Ausbildung von dringend benötigtem Fachpersonal im Bereich der (geriatrischen) Rehabilitation darstellt, für zumutbar?**
- 6.b) Welche konkreten Maßnahmen sind von Seiten der Staatsregierung geplant, um diese Ungleichheit beseitigen zu helfen?**
- 6.c) Wie sieht der konkrete Zeitplan dieser Maßnahmen aus?**

Die Fragen 6a bis 6c werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Um den Bedarf an Pflegefachkräften bedienen zu können, müssen mehr Menschen für den Pflegeberuf begeistert und die Zahl der Ausbildungsträger erhöht werden. Denn je mehr Ausbildungsträger es gibt, desto eher gelingt es, den in den nächsten Jahren und Jahrzehnten drohenden Personalengpass im Bereich der Pflege noch abzuwenden. Vor diesem Hintergrund hat der Landtag am 15.03.2022 einen entsprechenden Beschluss gefasst (Drs. 18/21770). Nach hiesiger fachlicher Einschätzung wäre es daher zu begrüßen, wenn Rehabilitationseinrichtungen ihren Standort grundsätzlich als Lernort anbieten könnten, um die Möglichkeit zu bieten, dort eine berufliche Handlungskompetenz unter der jeweiligen Schwerpunktsetzung der Einrichtung, z. B. geriatrisch, kardiologisch oder neurologisch, zu erlernen.

Vor diesem Hintergrund hatte das StMGP durch den Bundesrat einen Entschließungsantrag im Rahmen der Beratungen zum Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) mit dem Ziel eingereicht, die Geeignetheit von Rehabilitationseinrichtungen als Träger der praktischen Ausbildung zu überprüfen. Dieser Beschluss wurde jedoch im weiteren Gesetzgebungsverfahren leider nicht berücksichtigt.

Mit Schreiben vom 26.04.2022 hat Staatsminister für Gesundheit und Pflege Klaus Holetschek eine entsprechende Prüfbitte, die Pflegeausbildung auch in Reha-Kliniken zuzulassen, an Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach herangetragen. Es handelt sich hier um eine Prüfbitte an den Bund, deren Ergebnis nun abzuwarten bleibt. Das PflBG ist ein bundesrechtliches Gesetz, sodass die Zuständigkeit für etwaige Änderungen beim Bund liegt.

- 7.a) Wie steht die Staatsregierung – angesichts der demografischen Entwicklung in Deutschland – zu einer Facharztausbildung für Geriatrie in Bayern, wie es sie in Berlin, Brandenburg oder Sachsen-Anhalt gibt (während in Bayern lediglich eine „Zusatz-Weiterbildung Geriatrie“ mit einem Viertel der Weiterbildungszeit im Vergleich zum Facharzt möglich ist)?**
- 7.b) Welche konkreten Maßnahmen und Zeitpläne gibt es für die Umsetzung einer Facharztausbildung für Geriatrie in Bayern (bitte unter konkreter Angabe evtl. geplanter Unterstützung einer Umsetzung durch den Freistaat)?**
- 7.c) Welche alternativen Maßnahmen plant die Staatsregierung, bis zur Einführung einer Facharztausbildung, um die adäquate personelle Ausstattung der geriatrischen Versorgung in Bayern zukünftig sicherzustellen?**

Aufgrund des Sachzusammenhangs werden die Fragen 7 a bis 7 c gemeinsam beantwortet.

Die Einführung einer neuen Gebietsweiterbildung (etwa „Geriatrie“) liegt allein in der Entscheidung der ärztlichen Selbstverwaltung, die Staatsregierung kann hierauf keinen Einfluss nehmen.

Die Zuständigkeit für die Regelung der ärztlichen Weiterbildung ist gesetzlich der Landesärztekammer (BLÄK) zugewiesen. Das StMGP hat nur die Rechtsaufsicht über die BLÄK, kann aber keinen fachlichen Einfluss auf Entscheidungen der Kammer in diesem Bereich nehmen; dies betrifft insbesondere die Schaffung neuer oder die Abschaffung bestehender Weiterbildungen, aber auch die inhaltliche Ausgestaltung einzelner Facharztweiterbildungen. In der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns ist eine 18-monatige Zusatzweiterbildung „Geriatrie“ vorgesehen. Dies steht im Einklang mit der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer, an der sich die Landesärztekammern in der Regel orientieren, um eine einheitliche Weiterbildungslandschaft in Deutschland zu gewährleisten.

**Hinweise des Landtagsamts**

Zitate werden weder inhaltlich noch formal überprüft. Die korrekte Zitierweise liegt in der Verantwortung der Fragestellerin bzw. des Fragestellers sowie der Staatsregierung.

—————

Zur Vereinfachung der Lesbarkeit können Internetadressen verkürzt dargestellt sein. Die vollständige Internetadresse ist als Hyperlink hinterlegt und in der digitalen Version des Dokuments direkt aufrufbar. Zusätzlich ist diese als Fußnote vollständig dargestellt.

Drucksachen, Plenarprotokolle sowie die Tagesordnungen der Vollversammlung und der Ausschüsse sind im Internet unter [www.bayern.landtag.de/parlament/dokumente](http://www.bayern.landtag.de/parlament/dokumente) abrufbar.

Die aktuelle Sitzungsübersicht steht unter [www.bayern.landtag.de/aktuelles/sitzungen](http://www.bayern.landtag.de/aktuelles/sitzungen) zur Verfügung.