



Schriftliche Anfrage

des Abgeordneten **Andreas Krahl BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**
vom 20.08.2019

Wachkoma-Einrichtungen in Bayern

Eine Unterversorgung des Gehirns mit Sauerstoff, als Folge z. B. eines Sturzes oder eines Autounfalls, kann schwerwiegende Schäden nach sich ziehen, wie das apallische Syndrom. Die Versorgung der in besonderem Maße intensivpflegebedürftigen Patientinnen und Patienten ist in den Sozialgesetzbüchern (SGB) Fünftes (V), Elftes (XI) und Zwölftes Buch (XII) geregelt. Zusätzlich können finanzielle Leistungen nach SGB XII beantragt werden. Wie andere Bundesländer, so hat auch Bayern ein Rahmenkonzept der Phase „F“ entwickelt, was zusätzliche Hilfe für Betroffene bieten soll.

Ich frage die Staatsregierung:

- 1.1 Wie viele Patienten in Bayern leiden an dem apallischen Syndrom zum heutigen Datum (bitte aufschlüsseln nach Bezirk, Pflegegrad und Versorgung in Wachkoma-Einrichtungen im Freistaat)?
- 1.2 Wie viele Versorgungseinrichtungen in Bayern gibt es, die eine Versorgung mit Wachkomapatienten sicherstellen können (bitte aufschlüsseln nach Bezirk)?
- 1.3 Wie hat sich die Anzahl dieser Einrichtungen seit 2004 zu heute geändert (bitte aufschlüsseln nach Datum und Bezirke)?

- 2.1 Wie stellt die Staatsregierung eine flächendeckende Versorgungsdichte von Patienten mit einem apallischen Syndrom in Bayern sicher (bitte Kriterien für den von der Staatsregierung angestrebten Versorgungsgrad und Methoden für dessen Monitoring darstellen)?
- 2.2 Wie stellt die Regierung sicher, Versorgungslücken bei der Versorgung von Betroffenen zeitnah feststellen zu können?
- 2.3 Welche Maßnahmen unternimmt die Staatsregierung, wenn es trotzdem zu Versorgungslücken kommt?

- 3.1 Welche Kostenträger sorgen für die Sicherstellung der Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten (bitte aufschlüsseln nach Kostenträger)?
- 3.2 Welche Voraussetzungen müssen Patientinnen und Patienten „erfüllen“, um Leistungen im Rahmen des Konzeptes der Phase „F“ zu erhalten?
- 3.3 Welche Kosten fallen für die Versorgungseinrichtungen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten an (bitte aufschlüsseln nach Personal, Hilfsmittel, Verpflegung, Sach- und Investitionskosten für die Einrichtung)?

- 4.1 Wie hat die Entwicklung des Rahmenkonzeptes Phase „F“ stattgefunden (bitte aufschlüsseln nach Teilnehmern, rechtlichen Grundlagen)?
- 4.2 Nach welchen wissenschaftlichen und medizinischen Kriterien erfolgte die Entwicklung dieses Konzeptes (bitte aufschlüsseln)?
- 4.3 Wann plant die Regierung eine Weiterentwicklung des Rahmenkonzeptes?

- 5.1 Wie stellt die Staatsregierung sicher, dass eine Weiterentwicklung des Konzeptes stattfindet?
- 5.2 Welche Personen nehmen an der Evaluation des Rahmenkonzeptes teil?
- 5.3 Falls keine Evaluation stattfindet, warum nicht?

- 6.1 Wie viele Patientinnen und Patienten haben seit 2004 Leistungen über das Rahmenkonzept der Phase „F“ von den Bezirken erhalten (bitte aufschlüsseln nach Versorgungseinrichtung und Bezirk)?
- 6.2 Wie hoch waren die Leistungen insgesamt seit 2004 bis heute (bitte aufschlüsseln nach Jahr)?
- 6.3 Wie lange wurden diese Leistungen jeweils ausgezahlt (bitte aufschlüsseln nach Dauer und Grund bei kürzerer Dauer als zwei Jahren)?
- 7.1 Welche anderen Möglichkeiten bzw. anderen Leistungen erhalten die Patientinnen und Patienten, sofern sie nicht (oder nicht mehr) die Kriterien des Konzepts Phase „F“ erfüllen (bitte aufschlüsseln nach Leistungen und rechtlicher Grundlage)?
- 7.2 Auf welcher Begründung beruht die Begrenzung der Leistung des Pflege- und Behandlungszeitraums auf zwei Jahre im Rahmenkonzept Phase „F“ (bitte aufschlüsseln nach Kriterien, die zu dieser Begrenzung geführt hatten)?
- 8.1 Wie viele Patientinnen und Patienten, die von den Schwerpunkteinrichtungen aus in eine Rehabilitationsklinik verlegt wurden, konnten den Zustand erreichen, dass eine weitere Versorgung in Pflegeeinrichtungen oder zu Hause durchgeführt werden konnte?
- 8.2 Durch wen erfolgt die Prüfung dieses Zustands?
- 8.3 Welche Maßnahmen unternimmt die Staatsregierung, sofern aus medizinischer und therapeutischer Sicht keine Verlegung etwa in ein Pflegeheim oder nach Hause erfolgen kann?

Antwort

des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege unter Berücksichtigung von Stellungnahmen des Bayerischen Bezirkstags sowie der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern

vom 26.09.2019

1.1 Wie viele Patienten in Bayern leiden an dem apallischen Syndrom zum heutigen Datum (bitte aufschlüsseln nach Bezirk, Pflegegrad und Versorgung in Wachkoma-Einrichtungen im Freistaat)?

Dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) liegen keine bayernweiten Zahlen vor, wie viele Patienten am apallischen Syndrom leiden.

Über die Bezirke sind zum Teil Aussagen über die Zahl der Sozialhilfeempfänger bzw. über die vereinbarte Platzzahl in den Einrichtungen möglich:

Bezirk Oberbayern:

Zum Stichtag 01.07.2019 gibt es 20 Patientinnen und Patienten mit apallischem Syndrom im Leistungsbezug des Bezirks Oberbayern. Eine Aufschlüsselung nach Pflegegraden ist nicht möglich.

Bezirk Niederbayern:

Keine Angabe möglich.

Bezirk Oberpfalz:

Aktuell gibt es fünf Patientinnen bzw. Patienten mit apallischem Syndrom im Leistungsbezug des Bezirks Oberpfalz. Eine Aufschlüsselung nach Pflegegraden ist nicht möglich.

Bezirk Oberfranken:

Die Leistungsberechtigten nach Phase F werden nicht gesondert erfasst, deshalb ist hier keine Angabe oder Aufschlüsselung nach Pflegegraden möglich.

Bezirk Mittelfranken:

Aktuell werden acht Menschen im Wachkoma versorgt. Eine Aufschlüsselung nach Pflegegraden ist nicht möglich.

Bezirk Unterfranken:

Keine Angabe möglich.

Bezirk Schwaben

In Schwaben gibt es 21 Patientinnen und Patienten, die sich auf zwei Einrichtungen verteilen (Stand: Mai 2019).

Pflegegrad 5: 12 Personen

Pflegegrad 4: 4 Personen

Pflegegrad 3: 4 Personen

Pflegegrad 2: 1 Person

1.2 Wie viele Versorgungseinrichtungen in Bayern gibt es, die eine Versorgung mit Wachkomapatienten sicherstellen können (bitte aufschlüsseln nach Bezirk)?

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Pflegeeinrichtungen, die Wachkomapatienten aufnehmen und geeignetes Pflegepersonal vorhalten, die Versorgung übernehmen können.

Aktuell bestehen mit acht Pflegeeinrichtungen in Bayern Versorgungsverträge für die Versorgung von Patienten mit schweren, erworbenen cerebralen Schädigungen mit folgender räumlicher Zuordnung:

- je eine Einrichtung in Mittelfranken, Unterfranken, Oberpfalz und Niederbayern,
- je zwei Einrichtungen in Oberbayern und Schwaben.

Die acht Pflegeeinrichtungen arbeiten nach dem Bayerischen Rahmenkonzept Phase F zur Behandlung von Menschen mit schweren erworbenen cerebralen Schädigungen in der Fassung vom 22.10.2004.

Die Einrichtung in Niederbayern hat den Versorgungsvertrag zum 31.12.2019 gekündigt.

1.3 Wie hat sich die Anzahl dieser Einrichtungen seit 2004 zu heute geändert (bitte aufschlüsseln nach Datum und Bezirke)?

Eine Verlaufsdarstellung seit 2004 zur Entwicklung der Einrichtungen ist flächendeckend nicht möglich.

Bezirk Oberbayern:

- Es gibt zwei Einrichtungen in Oberbayern, die seit 2004 bzw. 2006 bestehen.
- Eine weitere Einrichtung betreute Wachkomapatienten von 2005 bis zur Kündigung des Versorgungsvertrags 2018.

Bezirk Niederbayern:

- In der Zeit von 01.07.2006 bis 28.02.2011 gab es im Bezirk Niederbayern eine Station in einer Pflegeeinrichtung für Menschen mit apallischem Syndrom.
- Derzeit gibt es eine Einrichtung mit einem Versorgungsauftrag für die Versorgung von Wachkomapatienten. Die Einrichtung hat den Versorgungsvertrag zum 31.12.2019 gekündigt.

Bezirk Oberpfalz:

Die Anzahl hat sich verringert von neun auf eine Einrichtung (Plätze reduziert von 153 auf 20):

- Einrichtung 1: 2014 Reduzierung von 10 auf 8 Plätze, zum 30.09.2017 aufgelöst, dafür Erhöhung der Plätze für allgemeine Pflege;
- Einrichtung 2: in Betrieb von November 2005 mit ursprünglich 34 Plätzen, davon 19 Plätze 2006 umgewandelt in allgemeine Pflege, 2010 Reduzierung um 5 Plätze, 2012 weitere Reduzierung um 5 Plätze bis zur Schließung im Dezember 2017, dafür Erhöhung der Plätze für allgemeine Pflege;
- Einrichtung 3: in Betrieb von Mai 2006 mit 22 Plätzen bis zur Schließung im Juni 2008;
- Einrichtung 4: in Betrieb schon vor 2004, 2009 waren es 10 Plätze bis zur Schließung im Februar 2012;
- Einrichtung 5: in Betrieb von Mai 2009 mit 12 Plätzen bis zur Schließung im Juli 2014, dafür 10 Plätze mehr in allgemeiner Pflege;
- Einrichtung 6: in Betrieb schon vor 2004, 2009 waren es 17 Plätze, Schließung im November 2012;
- Einrichtung 7: in Betrieb von Dezember 2012 mit 13 Plätzen bis zur Schließung im Juni 2015, 13 Plätze wieder zur allgemeinen Pflege;
- Einrichtung 8: in Betrieb von Februar 2013 mit 15 Plätzen bis zur Schließung im Juli 2014.

Bezirk Oberfranken:

- Im Bereich des Bezirks Oberfranken gab es in der Zeit vom 01.10.2001 bis 31.03.2012 eine Einrichtung für Menschen mit apallischem Syndrom mit 12 Plätzen und in der Zeit vom 25.03.2013 bis 30.06.2015 eine Einrichtung nach Phase F mit zunächst 21 Plätzen und ab 01.04.2014 11 Plätzen.
- Seit 01.07.2015 gibt es in Oberfranken keine entsprechende Einrichtung mehr.

Bezirke Mittelfranken/Unterfranken:

Eine Verlaufsdarstellung ist nicht möglich.

Bezirk Schwaben:

Eine Einrichtung in Schwaben hat den Versorgungsvertrag für Apalliker zum 01.11.2015 aufgelöst. Eine Verlaufsdarstellung ist nicht möglich.

2.1 Wie stellt die Staatsregierung eine flächendeckende Versorgungsdichte von Patienten mit einem apallischen Syndrom in Bayern sicher (bitte Kriterien für den von der Staatsregierung angestrebten Versorgungsgrad und Methoden für dessen Monitoring darstellen)?

Mit Inkrafttreten des Gesetz zur Ausführung des SGB XI Soziale Pflegeversicherung (AGPflegeVG) am 01.04.1995 sind für die Bedarfsplanung von Angeboten im Bereich der Altenpflege in Bayern die Landkreise und kreisfreien Städte verantwortlich. Für jüngere Pflegebedürftige sind die bayerischen Bezirke zuständig. Die Zuständigkeitsregelungen wurden in das Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG; Art. 72 i. V. m. Art. 69 AGSG) übernommen, das zum 01.01.2007 in Kraft getreten ist und das AGPflegeVG abgelöst hat.

Unabhängig davon sind die Pflege in der Phase F und die medizinisch-therapeutische Versorgung grundsätzlich langfristig angelegt. Das Ziel der Leistungen in der Phase F ist die Wiederherstellung, Erhaltung und Verbesserung der Fähigkeiten von Menschen mit schweren erworbenen cerebralen Schädigungen, unabhängig vom Alter. Die besonders intensiven therapeutischen und medizinischen Maßnahmen sollen dazu dienen, noch vorhandenes Rehabilitationspotenzial zu aktivieren. Die Konzeption ist als Übergangsrhabilitation gestaltet.

Eine Weiterversorgung wird anschließend z. B. zu Hause oder in einer allgemeinen Pflegeeinrichtung durchgeführt.

2.2 Wie stellt die Regierung sicher, Versorgungslücken bei der Versorgung von Betroffenen zeitnah feststellen zu können?

Auf die Antwort zu Frage 2.1 wird verwiesen.

2.3 Welche Maßnahmen unternimmt die Staatsregierung, wenn es trotzdem zu Versorgungslücken kommt?

Die Staatsregierung kann nur Anreize setzen, um Versorgungslücken entgegenzuwirken. Der Sicherstellungsauftrag bezüglich der Versorgung von Patienten mit einem apallischen Syndrom in den einzelnen Regionen liegt bei den Bezirken, Landkreisen und kreisfreien Städten in Bayern.

Der Landtag hat am 16.05.2019 für eine staatliche Investitionskostenförderung von Pflegeplätzen im Doppelhaushalt 2019/2020 Haushaltsmittel von 60 Mio. Euro pro Jahr veranschlagt. Vor diesem Hintergrund beabsichtigt das StMGP eine Förderung von 1.000 Pflegeplätzen pro Jahr, die auch Plätze für Pflegebedürftige in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung umfasst, sowie in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit einer Betriebserlaubnis nach dem SGB VIII.

3.1 Welche Kostenträger sorgen für die Sicherstellung der Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten (bitte aufschlüsseln nach Kostenträger)?

Als Kostenträger für die Pflege und Behandlung von Menschen mit schweren erworbenen cerebralen Schädigungen kommen insbesondere die Krankenversicherung, die Pflegeversicherung und der Träger der Sozialhilfe in Betracht.

Die soziale Pflegeversicherung ist nach dem Willen des insoweit zuständigen Bundesgesetzgebers keine Vollversicherung, die alle im Pflegefall anfallenden Kosten in vollem Umfang abdeckt, sondern nur eine Teilleistungsversicherung, die je nach Umfang der Pflegebedürftigkeit abgestufte feste Leistungsbeträge zuschießt. Es verbleibt somit ein Eigenanteil, den Pflegebedürftige selbst zuzahlen müssen.

Für die spezielle Behandlungspflege erbringt die gesetzliche Krankenversicherung Leistungen nach § 37 Abs. 2 SGB V. Demnach erhalten Versicherte in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Dieser Anspruch besteht nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben.

Soweit die Pflege- und Behandlungskosten mit den Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung nicht abgedeckt werden können, müssen die Familien der betroffenen Pflegebedürftigen den verbleibenden Eigenanteil selbst tragen. Verfügen die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen nicht über ausreichendes Einkommen und/oder Vermögen, um diesen Eigenanteil zu bestreiten, so kommt ergänzend Hilfe zur Pflege aus der Sozialhilfe vonseiten des jeweiligen Bezirks in Betracht.

3.2 Welche Voraussetzungen müssen Patientinnen und Patienten „erfüllen“, um Leistungen im Rahmen des Konzeptes der Phase „F“ zu erhalten?

Das Rahmenkonzept Phase F regelt die Versorgung mit häuslicher, teilstationärer Kurzzeit- und vollstationärer Pflege und Behandlung von Menschen mit schweren erworbenen cerebralen Schädigungen in Bayern.

Zielgruppe sind gem. Ziffer 2.1 Erwachsene, welche an erworbenen, akuten cerebralen Schädigungen leiden, z. B. infolge von cerebralen Gefäßkrankheiten, Hypoxie, Schädel-Hirn-Trauma, (Meningo-)Enzephalitis und Neoplasie.

Die Patienten der Phase F sind gem. Ziffer 2.2, bedingt durch schwere und schwerste Schädigungen des zentralen Nervensystems,

- beeinträchtigt in ihrer Unabhängigkeit, das heißt, es besteht Abhängigkeit von einer speziellen Betreuung/Pflege oder Intensivbetreuung, und
- beeinträchtigt in ihrer sozialen Integration.

Die Beeinträchtigung (Einschränkung der Partizipation) wird hervorgerufen durch eine schwere Einschränkung oder einen Verlust von Fähigkeiten, Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen. Dazu zählen in erster Linie

- schwer beeinträchtigte oder fehlende Selbstversorgungsfähigkeit,
- schwer gestörte oder fehlende Mobilität,
- schwer beeinträchtigte oder fehlende Kommunikationsfähigkeit,
- schwere Störungen im Verhalten,
- ggf. Abhängigkeit von lebenserhaltenden Hilfsmitteln wie Ernährungssonden und/oder Beatmungsgeräten.

Diese Fähigkeitsstörungen können durch folgende Schädigungen (Funktionsstörungen, Strukturschäden) bedingt sein:

- verschiedene Grade einer Bewusstseinsstörung bis zum „Wachkoma“ (apallisches oder postapallisches Syndrom),
- schwere intellektuell-kognitive und psychische Störungen,
- stark beeinträchtigte bis aufgehobene Wahrnehmung,
- ausgeprägte schlaffe oder spastische Lähmungen,
- Ausfälle der Sensorik,
- beeinträchtigte oder aufgehobene Sprach- oder Sprechfunktion, schwere Störungen der vegetativen Funktionen (Herz-Kreislauf-, Atemfunktion), schwere Störungen der Schluckfunktion, Inkontinenz.

Im Allgemeinen finden sich Kombinationen dieser Schädigungen. Es drohen Folgekrankheiten und Folgeschäden wie Infektionen, Kontrakturen, Schäden durch die Muskelpastik oder Dekubitalulcera.

Die individuellen Voraussetzungen werden in der Regel im Rahmen einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüft.

3.3 Welche Kosten fallen für die Versorgungseinrichtungen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten an (bitte aufschlüsseln nach Personal, Hilfsmittel, Verpflegung, Sach- und Investitionskosten für die Einrichtung)?

Grundlage für die Bemessung der Pflegesätze nach Pflegegraden und die Kostenträgerschaften sind die betreffenden Vorschriften des SGB XI und § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V für die spezielle Behandlungspflege.

Bezirk Oberbayern:

	Einrichtung 1, Entgeltvereinbarung 2019:	Einrichtung 2, Entgeltvereinbarung 2019:
Pflegegrad 2	153,32 Euro	168,19 Euro
Pflegegrad 3	169,49 Euro	184,36 Euro
Pflegegrad 4	186,35 Euro	201,22 Euro
Pflegegrad 5	193,32 Euro	208,79 Euro
Verpflegung	8,86 Euro	3,86 Euro
Unterkunft	14,17 Euro	21,38 Euro
Investitionsbetrag	22,10 Euro	23,10 Euro
Zuschlag § 43 SGB XII	5,04 Euro	6,32 Euro

Bezirk Niederbayern:

Für die Einrichtung im Bezirk Niederbayern fallen folgende Kosten an:

Pflegesätze:

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1:	40,26 Euro
Pflegebedürftige des Pflegegrades 2:	130,89 Euro
Pflegebedürftige des Pflegegrades 3:	147,07 Euro
Pflegebedürftige des Pflegegrades 4:	163,93 Euro
Pflegebedürftige des Pflegegrades 5:	171,49 Euro

Für Unterkunft und Verpflegung unabhängig vom jeweiligen Pflegegrad:

Unterkunft: 12,68 Euro

Verpflegung: 8,29 Euro

Die Investitionskosten betragen: Einzelzimmer (EZ): 15,47 Euro; Doppelzimmer (DZ) 13,47 Euro.

Bezirk Oberpfalz:

Folgende Pflegesätze sind seit 01.02.2019 vereinbart:

Pflegegrad 4: Maßnahmepauschale: 195,62 Euro

Pflegegrad 5: Maßnahmepauschale: 203,18 Euro

Grundpauschale: 26,69 Euro

Investitionskosten: EZ 29,86 Euro, DZ 25,77 Euro

Abzug bei med. Behandlungspflege nach § 37 SGB V: 64,99 Euro

Bezirk Oberfranken:

Seit 01.07.2015 gibt es hier keine entsprechende Einrichtung mehr.

Bezirk Mittelfranken:

Zum aktuellen Stand werden acht Menschen im Wachkoma versorgt. Die Gesamtkosten der Versorgung belaufen sich im Jahr 2018 auf insgesamt rund 297.000 Euro (davon Barbetrag in Höhe von 10.400 Euro).

Bezirk Unterfranken:

Folgende Kosten entstehen täglich:

Pflegegrad 3: Maßnahmepauschale:	121,57 Euro
Pflegegrad 4: Maßnahmepauschale:	138,44 Euro
Pflegegrad 5: Maßnahmepauschale:	146,00 Euro
Grundpauschale (überwiegend Sachkosten):	20,53 Euro
Investitionskosten (Investitionskosten):	16,91 Euro
Abzug bei med. Behandlungspflege nach § 37 SGB V:	47,71 Euro

Bezirk Schwaben:

Für eine Einrichtung im Bezirk Schwaben sind aktuell ab 01.01.2019 folgende Pflegesätze vereinbart:

Pflegegrad 4: Maßnahmenpauschale:	150,50 Euro
Pflegegrad 5: Maßnahmenpauschale:	158,06 Euro
Grundpauschale (Verpflegung/Unterkunft):	25,12 Euro
Investitionskosten:	EZ 12,71 Euro, DZ 9,72 Euro
Abzug bei med. Behandlungspflege nach § 37 SGB V:	54,39 Euro

Für eine weitere Einrichtung sind aktuell ab 01.06.2019 folgende Pflegesätze vereinbart:

Pflegegrad 2: Maßnahmenpauschale:	82,26 Euro
Pflegegrad 3: Maßnahmenpauschale:	98,43 Euro
Pflegegrad 4: Maßnahmenpauschale:	115,29 Euro
Pflegegrad 5: Maßnahmenpauschale:	122,85 Euro
Grundpauschale (Verpflegung/Unterkunft):	23,53 Euro
Investitionskosten: EZ alt 17,50 Euro, EZ neu 20,47 Euro, DZ alt 13,40 Euro, DZ neu 15,75 Euro	
Abzug bei med. Behandlungspflege nach § 37 SGB V:	59,63 Euro

#4.1 Wie hat die Entwicklung des Rahmenkonzepts Phase „F“ stattgefunden (bitte aufschlüsseln nach Teilnehmern, rechtlichen Grundlagen)?

In Bayern richtet sich die Versorgung der genannten Personengruppe ggf., d. h. soweit ein entsprechender Versorgungsvertrag abgeschlossen wurde, nach dem „Bayerischen Rahmenkonzept Phase F zur häuslichen, teilstationären Kurzzeit- und vollstationären Pflege und Behandlung von Menschen mit schweren erworbenen cerebralen Schädigungen“, festgelegt und beschlossen vom Verband der bayerischen Bezirke und der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern. In das Rahmenkonzept fließen (vgl. S. 3 und 4 der dortigen Vorbemerkungen) die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) mit ärztlichen Sachverständigen erarbeiteten und mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, der gesetzlichen Rentenversicherungsträger sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und unter Beteiligung des medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen abgestimmten Empfehlungen in wesentlichen Grundzügen ein.

4.2 Nach welchen wissenschaftlichen und medizinischen Kriterien erfolgte die Entwicklung dieses Konzepts (bitte aufschlüsseln)?

Auf die Antwort zu Frage 4.1 wird verwiesen.

4.3 Wann plant die Regierung eine Weiterentwicklung des Rahmenkonzepts?

Nach Auskunft der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern ist eine Weiterentwicklung des Rahmenkonzeptes Phase F von den Kranken- und Pflegekassenverbänden in Bayern bereits avisiert worden. Aufgrund von Gesprächen auf der Bundesebene zwischen Bundesverbänden der Krankenkassen und dem Bundesministerium für Gesundheit mit dem Ziel, aus den erworbenen Erfahrungen die in den Sozialgesetzbüchern V und XI verankerten Grundlagen im Sinne der betroffenen Menschen weiterzuentwickeln, habe man bisher von einer Überarbeitung abgesehen. Die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern habe diese Überarbeitung vorgemerkt und greife sie auf, sobald aus den aktuell laufenden Diskussionen um eine mögliche Veränderung von Rahmenbedingungen Ergebnisse vorliegen. Dabei würden die weiteren Erkenntnisse der Medizin und der Pflegewissenschaften zum Bewusstsein und den Bedürfnissen von Menschen mit erworbenen cerebralen Schädigungen in den seit 2004 vergangenen 15 Jahren genauso einbezogen wie die Frage einer Aufenthaltsbefristung bzw. der Möglichkeit der Wiederaufnahme in die Schwerpunkteinrichtung.

5.1 Wie stellt die Staatsregierung sicher, dass eine Weiterentwicklung des Konzepts stattfindet?

Auf die Antwort zu Frage 4.3 wird verwiesen.

5.2 Welche Personen nehmen an der Evaluation des Rahmenkonzeptes teil?**5.3 Falls keine Evaluation stattfindet, warum nicht?**

Da nur in Einzelfällen Probleme auftraten, wurde eine bayernweite Befassung bislang nicht für erforderlich gehalten.

6.1 Wie viele Patientinnen und Patienten haben seit 2004 Leistungen über das Rahmenkonzept der Phase „F“ von den Bezirken erhalten (bitte aufschlüsseln nach Versorgungseinrichtung und Bezirk)?**Bezirk Oberbayern:**

In Oberbayern wurden insgesamt 157 Leistungsberechtigte in Phase-F-Einrichtungen betreut und werden noch betreut. Davon werden 84 Leistungsberechtigte im Zeitraum seit 2006 betreut. Eine genaue Aufschlüsselung ist nicht möglich.

Bezirk Niederbayern:

2004: 3 Leistungsberechtigte
 2005: 2 Leistungsberechtigte
 2006: 2 Leistungsberechtigte
 2007: 2 Leistungsberechtigte
 2008: 3 Leistungsberechtigte
 2009: 3 Leistungsberechtigte
 2010: 3 Leistungsberechtigte
 2011: 3 Leistungsberechtigte
 2012: 4 Leistungsberechtigte
 2013: 4 Leistungsberechtigte
 2014: 6 Leistungsberechtigte
 2015: 6 Leistungsberechtigte
 2016: 6 Leistungsberechtigte
 2017: 6 Leistungsberechtigte
 2018: 6 Leistungsberechtigte
 2019: 6 Leistungsberechtigte

Bezirk Oberpfalz:

Die einzig bestehende Einrichtung in der Oberpfalz hält 20 Plätze vor. Da von einer Verweildauer von durchschnittlich zwei Jahren auszugehen ist, schätzt der Bezirk Oberpfalz die Anzahl der Leistungsberechtigten seit dem Jahr 2004 auf bis zu maximal 150 Leistungsberechtigte.

Bezirk Oberfranken:

In der Zeit vom 25.03.2013 bis 30.06.2015 waren insgesamt 11 Personen auf Kosten des Bezirks Oberfranken untergebracht. Ein Großteil der Bewohner ist verstorben, zwei sind in ambulante Intensiv-Wohngemeinschaften verzogen. Eine genaue Aufschlüsselung ist nicht möglich.

Bezirk Mittelfranken:

Eine automatisierte Auswertung ab dem Jahr 2004 ist nicht möglich.

Bezirk Unterfranken:

Keine Angabe möglich.

Bezirk Schwaben:

Einrichtung 1: Bei 27 Plätzen und einer Verweildauer von durchschnittlich zwei Jahren gab es seit 2004 bis zu maximal 200 Leistungsberechtigte.

Einrichtung 2: Bei 20 Plätzen und einer Verweildauer von durchschnittlich zwei Jahren gab es seit 2004 bis zu maximal 150 Leistungsberechtigte.

Eine genaue Aufschlüsselung ist nicht möglich.

6.2 Wie hoch waren die Leistungen insgesamt seit 2004 bis heute (bitte aufschlüsseln nach Jahr)?

Bezirk Oberbayern:

Der Bezirk Oberbayern hat seit 2004 ca. 20,2 Mio. Euro für Leistungen an Phase F Wachkomapatienten gewährt.

Jahr	Ausgaben
2004	288.175,48 €
2005	410.989,54 €
2006	995.222,78 €
2007	1.212.343,24 €

Jahr	Ausgaben
2008	1.410.696,15 €
2009	1.833.388,40 €
2010	1.193.081,53 €
2011	1.698.578,61 €
2012	1.403.275,12 €
2013	1.396.423,13 €
2014	1.440.681,90 €
2015	1.292.841,57 €
2016	1.531.829,16 €
2017	1.429.315,39 €
2018	1.394.122,53 €
2019	1.296.750,03 €

Bezirk Niederbayern:

Jahr	Ausgaben
2004	279.289,55 €
2005	215.974,85 €
2006	224.953,19 €
2007	327.430,47 €
2008	306.150,48 €
2009	330.223,63 €
2010	420.376,47 €
2011	376.388,93 €
2012	281.053,56 €
2013	309.817,44 €
2014	252.366,09 €
2015	252.691,17 €
2016	287.708,34 €
2017	238.752,07 €
2018	216.714,62 €
Jan.–Juni 2019	111.428,48 €
gesamt:	4.431.319,34 €

Bezirk Oberpfalz:

Der Bezirk Oberpfalz hat für seine Hilfeempfänger Folgendes gezahlt:

Jahr	Ausgaben
2014	486.000,00 €
2015	426.000,00 €
2016	344.000,00 €
2017	329.000,00 €
2018	350.000,00 €

Bei den Zahlen handelt es sich um Schätzungen, da Apalliker unter den Pflegegrad 4 oder 5 fallen und es ansonsten keine gesonderte Ausweisung gibt.

Oberfranken, Mittelfranken und Unterfranken:

Keine Angabe möglich.

Bezirk Schwaben:

Jahr	Ausgaben
2012	149.788,04 €
2013	207.660,94 €
2014	267.009,17 €
2015	265.910,78 €
2016	300.219,46 €
2017	509.393,39 €
2018	599.781,72 €

In den Jahren 2012 bis 2016 konnten lediglich zwei Einrichtungen abgefragt werden.

Eine weitere Bezifferung des Aufwands pro Jahr ist nicht möglich, da für Apalliker kein eigener/einheitlicher Schlüssel/Haushaltsstelle verwendet wurde.

6.3 Wie lange wurden diese Leistungen jeweils ausgezahlt (bitte aufschlüsseln nach Dauer und Grund bei kürzerer Dauer als zwei Jahren)?

Bezirk Oberbayern:

Im Durchschnitt wurden die Patienten fünf Jahre in einer Einrichtung betreut. Wenn der Aufenthalt weniger als zwei Jahre betragen hat, ist die leistungsberechtigte Person in der Regel in dieser Zeit bereits verstorben.

Bezirk Niederbayern:

Leistungsgewährung:	Grund:
4 Monate	Wechsel in normale Einrichtung
4 Jahre 2 Monate	

Leistungsgewährung:	Grund:
15 Jahre 6 Monate	
7 Monate	Wechsel in normale Einrichtung
3 Jahre 3 Monate	
2 Jahre 7 Monate	
15 Jahre 6 Monate	
9 Monate	Ende Hilfebezug
7 Jahre	
1 Jahr 3 Monate	Wechsel in normale Einrichtung
7 Jahre 7 Monate	
6 Jahre 8 Monate	
7 Jahre 6 Monate	
5 Monate	Tod
7 Jahre 10 Monate	
10 Monate	Wechsel in normale Einrichtung
11 Jahre 1 Monat	
5 Monate	Tod
8 Jahre 3 Monate	
1 Jahr 11 Monate	Tod
11 Monate	Wechsel in andere Einrichtung
2 Jahre 9 Monate	
1 Jahr 6 Monate	Tod
2 Monate	Wechsel in normale Einrichtung
5 Jahre 2 Monate	
2 Jahre 7 Monate	

Bezirk Oberpfalz:

Nur bei den aktuellen und kürzlich verstorbenen Patienten ermittelbar (siehe Frage 6.1):

Leistungszeitraum:

- 1 Patient im Leistungsbezug seit 2008,
- 2 Patienten im Leistungsbezug seit 2012,
- 1 Patient im Leistungsbezug seit 2015,
- 1 Patient im Leistungsbezug seit 2018.

Verstorbene Patienten:

- 1 Patient im Leistungsbezug von April 2016–Juni 2019,
- 1 Patient im Leistungsbezug von April 2018–Dez 2018.

Bezirk Schwaben:

Die Aufstellung ist nur bei aktuellen und kürzlich verstorbenen Hilfefällen möglich.

Leistungszeitraum:

- 1 Patient im Leistungsbezug seit 2007,
- 3 Patienten im Leistungsbezug seit 2015,
- 1 Patient im Leistungsbezug seit 2010,
- 3 Patienten im Leistungsbezug seit 2016,
- 1 Patient im Leistungsbezug seit 2011,
- 5 Patienten im Leistungsbezug seit 2017,
- 1 Patient im Leistungsbezug seit 2013,
- 4 Patienten im Leistungsbezug seit 2018,
- 1 Patient im Leistungsbezug seit 2019.

Verstorbene Patienten:

- 1 Patient im Leistungsbezug von 12/2018 bis 05/2019.

Bezirke Oberfranken/Mittelfranken/Unterfranken:

Eine Verlaufsdarstellung ist nicht möglich.

7.1 Welche anderen Möglichkeiten bzw. anderen Leistungen erhalten die Patientinnen und Patienten, sofern sie nicht (oder nicht mehr) die Kriterien des Konzepts Phase „F“ erfüllen (bitte aufschlüsseln nach Leistungen und rechtlicher Grundlage)?

Die Bezirke haben folgende andere Möglichkeiten bzw. Leistungen gemeldet:

- Versorgung in einer speziellen Einrichtung im Apalliker-Bereich, in der Regel Pflegegrad 5.
- Die Betroffenen können, soweit die weiteren Voraussetzungen erfüllt sind, ambulante Pflegesachleistungen i. S. d. § 36 SGB XI bzw. stationäre Pflegeleistungen i. S. d. § 43 SGB XI beziehen.
- Sollten die Leistungen der Krankenversicherung und das Einkommen der Person nicht ausreichen, erfolgt Hilfestellung durch den Bezirk in Form von:
 - Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff SGB XII,
 - ggf. Grundsicherung nach §§ 41 ff SGB XII,
 - ggf. Hilfe zum Lebensunterhalt nach §§ 27 ff SGB XII.
- Daneben kommen die weiteren Leistungen der in Frage 3.1 bezeichneten Kostenträger in Betracht.

7.2 Auf welcher Begründung beruht die Begrenzung der Leistung des Pflege- und Behandlungszeitraums auf zwei Jahre im Rahmenkonzept Phase „F“ (bitte aufschlüsseln nach Kriterien, die zu dieser Begrenzung geführt hatten)?

Nach dem Rahmenkonzept erfolgt die Pflege in der Phase F und die medizinisch-therapeutische Versorgung grundsätzlich langfristig. Die intensivierete Betreuung in der post-rehabilitativen Phase zu Hause oder in einer Schwerpunkteinrichtung ist jedoch zeitlich auf die Dauer von bis zu zwei Jahren begrenzt. Die Entscheidungen über die Beendigung der Betreuung in Schwerpunkteinrichtungen werden gemäß dem Rahmenkonzept in den quartalsmäßigen Fallkonferenzen getroffen. Die Entscheidungen basieren auf der Beantwortung von folgenden Fragen:

- Sind weitere Fortschritte in absehbarer Zeit zu erwarten?
- Ist aufgrund der erreichten Fortschritte eine Weiterbetreuung zu Hause oder in einer allgemeinen Pflegeeinrichtung angezeigt?
- Hat sich die bei Übernahme des Bewohners von der Rehabilitationsklinik in die Schwerpunkteinrichtung bestehende Situation durch intensive pflegerische (und therapeutische) Maßnahmen stabilisiert?
- Kann der in der Rehabilitationsklinik erzielte Zustand jetzt mit deutlich weniger Unterstützung gehalten werden, sodass eine Weiterversorgung zu Hause oder in einer allgemeinen Pflegeeinrichtung durchgeführt werden kann?

Fakultative Teilnehmer der Fallkonferenzen sind der behandelnde Arzt/Konsiliararzt und die Pflegedienstleitung/Stationsleitung.

Die Entscheidung über die Beendigung der Betreuung in Schwerpunkteinrichtungen wird im Einzelfall in Fallkonferenzen getroffen und nicht allein auf der Grundlage des Rahmenkonzepts.

Grundlagen der Entscheidungsfindung sind eine lückenlos geführte Dokumentation der Pflege und Behandlung (wie in Ziffer 5.2 des Rahmenkonzepts beschrieben) sowie die monatliche Verlaufsdocumentation anhand des Functional Independence Measure (FIM) und die quartalsmäßige Einstufung basierend auf Early Functional Abilities (EFA).

In der Praxis ist es nicht ausgeschlossen und kommt vor, dass Einzelfälle länger als zwei Jahre in einer Schwerpunkteinrichtung betreut werden. Dabei handelt es sich um Einzelfallentscheidungen der beteiligten Kostenträger.

Die Begrenzung auf zwei Jahre in dem Rahmenkonzept wurde von dem fachlich fundierten Rat geleitet, dass diese Zeit der intensiven Maßnahmen in aller Regel ausreichend sei, um noch vorhandenes Rehabilitationspotenzial zu fördern. Nach allgemein medizinischer Erfahrung wird davon ausgegangen, dass eine Unterscheidung von einem aus anderen Ursachen pflegebedürftig gewordenen Menschen nicht gerechtfertigt ist, wenn bis dahin das Rehabilitationspotenzial nicht gefördert werden konnte.

8.1 Wie viele Patientinnen und Patienten, die von den Schwerpunkteinrichtungen aus in eine Rehabilitationsklinik verlegt wurden, konnten den Zustand erreichen, dass eine weitere Versorgung in Pflegeeinrichtungen oder zu Hause durchgeführt werden konnte?

Es liegen keine Zahlen vor.

8.2 Durch wen erfolgt die Prüfung dieses Zustands?

Auf die Antwort zu Frage 8.1 wird verwiesen.

8.3 Welche Maßnahmen unternimmt die Staatsregierung, sofern aus medizinischer und therapeutischer Sicht keine Verlegung etwa in ein Pflegeheim oder nach Hause erfolgen kann?

Im Anschluss an die Betreuung in einer Schwerpunkteinrichtung erfolgt eine Rückkehr in das häusliche Umfeld oder bei Verbesserung des Gesamtstatus eine Rückführung in eine Rehabilitationseinrichtung (Phase B, C oder D) oder eine Verlegung in eine allgemeine Pflegeeinrichtung. Auch in der Pflegeeinrichtung besteht das Ziel, den Funktionszustand der Bewohnerin bzw. des Bewohners zu verbessern oder mindestens zu erhalten. Auch hierfür sind Therapien vorgesehen, allerdings in geringerem Umfang als in einer Schwerpunkteinrichtung. Ob eine Pflegeeinrichtung geeignet ist, hängt maßgeblich vom Einzelfall und der fachlichen Konzeption der Einrichtung ab.

Sollte sich der Zustand der betroffenen Person nach dem Ablauf von zwei Jahren verändern und sich erneut Rehabilitationspotenzial zeigen, kann diese grundsätzlich wieder in eine Schwerpunkteinrichtung der Phase F überführt werden.