



Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten **Kerstin Celina, Patrick Friedl, Christina Haubrich,
Andreas Krahl BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**
vom 21.04.2022

Bedeutung der geriatrischen Rehabilitation in Bayern insbesondere im Hinblick auf die Behandlung von Post COVID und Long COVID-Patientinnen und -Patienten und den Erhalt der Autonomie älterer Menschen in Bayern

Die Staatsregierung wird gefragt:

- 1.1 Welche genauen Aufgaben übernimmt die (ambulante wie stationäre) geriatrische Rehabilitation innerhalb des Gesundheitssystems? 4
- 1.2 Haben sich diese Aufgaben in den letzten 25 Jahren signifikant verändert, z. B. seit März 2020 durch das Auftreten von Post COVID- oder Long COVID-Erkrankungen? 4
- 1.3 Wie schätzt die Staatsregierung die Bedeutung der geriatrischen Rehabilitation bei gesundheitlicher Nach- und Vorsorge im Rahmen der Altersmedizin gerade im Hinblick auf die demografische Entwicklung ein? 4
- 2.1 Wie hat die Staatsregierung in den letzten 25 Jahren konkrete Erkenntnisse bezüglich der Entwicklung des Bedarfs geriatrischer Rehabilitation gesammelt (z. B. Auswertung statistischer Erhebungen der Kranken- und Pflegekassen, eigene Erhebungen, Zusammenarbeit mit den Trägern und den Kostenträgern in diversen Gremien)? 5
- 2.2 Welche Probleme hat die Staatsregierung aufgrund dieser Erkenntnisse festgestellt? 5
- 2.3 Wie hat die Staatsregierung in den letzten 25 Jahren diese Erkenntnisse umgesetzt, um die Weiterentwicklung der geriatrischen Rehabilitation in Bayern konstruktiv zu begleiten (bitte möglichst in der zeitlichen Abfolge der gewonnenen Erkenntnisse, der entwickelten Maßnahmen und deren möglichst konkreter Umsetzung – am besten tabellarisch – aufzuführen)? 5
- 3.1 Inwieweit kann nach Ansicht der Staatsregierung mit einem gezielten Ausbau von Angeboten geriatrischer Rehabilitation (ambulant und stationär in allen Bezirken Bayerns) der Erhalt der Autonomie älterer bzw. schwer erkrankter Menschen in Zukunft gestärkt werden? 6

3.2	Würde ein gezielter Ausbau geriatrischer Versorgungsangebote nach Meinung der Staatsregierung bedeuten, dass andere Angebote wegfallen könnten (z. B. kürzerer Verbleib in Akutklinken)?	6
3.3	Hält die Staatsregierung es für sinnvoll, bereits bestehende Angebote medizinischer Rehabilitation durch geriatrische Rehabilitation zu ergänzen, um bestehende Strukturen für einen Ausbau des Angebots geriatrischer Rehabilitation zu nutzen?	6
4.1	Ist die Staatsregierung angesichts ihrer Erfahrungen mit geriatrischer Rehabilitation in den letzten 25 Jahren in Bayern der Meinung, dass auch andere Finanzierungsmöglichkeiten geprüft werden müssten, z. B. Mitfinanzierung über Pflegekassen oder ähnliches?	6
4.2	Welche Möglichkeiten hat die Staatsregierung, um die geriatrische Rehabilitation zu stärken und das Ziel, älteren Menschen nach einer schweren Erkrankung die Rückkehr in die Selbständigkeit zu ermöglichen, bestmöglich umzusetzen (z. B. finanziell, durch Förderung der Ansiedlung zusätzlicher ambulanter und stationärer Angebote geriatrischer Rehabilitation, Fachkräftewerbekampagne o. Ä.)?	7
5.1	Seit wann ist der Staatsregierung bekannt, dass für bestehende ambulante und stationäre geriatrische Rehaeinrichtungen gravierende Finanzierungsprobleme bestehen?	8
5.2	Worin sind diese Finanzierungsprobleme nach Erkenntnis der Staatsregierung begründet?	8
5.3	Welche Lösungsmöglichkeiten sieht die Staatsregierung?	8
6.1	Führt das zusätzliche Auftreten von Post-COVID- und Long-COVID-Erkrankungen nach Kenntnis der Staatsregierung auch bei der ambulanten und stationären Versorgung der Patientinnen und Patienten zu spürbaren Engpässen bei deren Versorgung?	9
6.2	Mit welchen Mitteln wurden Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation unterstützt, um diese besondere Belastung auszugleichen (z. B. über den bundesweiten „Rettungsschirm“ bzw. bayerische Finanzierungsmaßnahmen)?	10
7.1	Hält die Staatsregierung es für wahrscheinlich, dass Post-COVID- und Long-COVID-Erkrankungen für einen längeren Zeitraum zu einem zusätzlichen Versorgungsbedarf führen?	11
7.2	Welche Bedeutung hat der Bereich „ambulante und stationäre geriatrische Rehabilitation“ im Rahmen der Versorgungsstrukturen gerade für die Versorgung der Patientinnen und Patienten nach COVID-Infektionen?	11
8.1	Wie wird die Behandlung von Post-COVID- und Long-COVID-Patientinnen und Patienten konkret refinanziert?	11

8.2 Ist nach Meinung der Staatsregierung die Finanzierung der Behandlung von Post-COVID- oder Long-COVID-Patientinnen und Patienten in der geriatrischen Rehabilitation im gegenwärtigen Finanzierungssystem ausreichend, insbesondere im Hinblick darauf, dass die Regeneration nach einer Coronainfektion oft sehr langwierig ist aufgrund der Stärke der kognitiven Defizite und des Muskelabbaus?	12
Hinweise des Landtagsamts	13

Antwort

des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege

vom 25.07.2022

1.1 Welche genauen Aufgaben übernimmt die (ambulante wie stationäre) geriatrische Rehabilitation innerhalb des Gesundheitssystems?

Unmittelbar nach dem Aufenthalt im Akutkrankenhaus oder im Rahmen einer Verordnung durch Vertragsärzte ist das Ziel der geriatrischen Rehabilitation, die Selbstständigkeit der Rehabilitanden zu erhalten oder wiederherzustellen. Dabei gilt es, eine drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest abzumildern. Geriatrische Rehabilitation ist insbesondere dadurch gekennzeichnet, dass sie den besonderen Risiken geriatrischer Patienten aufgrund deren eingeschränkter struktureller und funktioneller körperlicher Reserven Rechnung trägt und den Krankheitsauswirkungen indikationsübergreifend mit gezielten Therapien begegnen kann. Gründe für die Einschränkungen von Funktionsreserven finden sich in der Regel in der Kombination von physiologischen Veränderungen im höheren Lebensalter und den vorliegenden Schädigungen auf der Organebene (vgl. Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation – Stand 02.07.2018).

1.2 Haben sich diese Aufgaben in den letzten 25 Jahren signifikant verändert, z. B. seit März 2020 durch das Auftreten von Post COVID- oder Long COVID-Erkrankungen?

Hierzu liegen der Staatsregierung keine näheren Informationen vor.

1.3 Wie schätzt die Staatsregierung die Bedeutung der geriatrischen Rehabilitation bei gesundheitlicher Nach- und Vorsorge im Rahmen der Altersmedizin gerade im Hinblick auf die demografische Entwicklung ein?

Bevölkerungsvorausrechnungen wie z. B. durch das Landesamt für Statistik besagen, dass die demographische Alterung im gesamten Freistaat weiter voranschreiten wird. Dabei ist jedoch anzumerken, dass die Indikation für eine geriatrische Rehabilitation nicht allein über das Alter erfolgt, sondern es muss neben der rehabilitationsbegründenden Diagnose eine geriatrietypische Multimorbidität vorliegen. Es wird insoweit auf die Antwort zu Frage 1.1 verwiesen.

- 2.1 Wie hat die Staatsregierung in den letzten 25 Jahren konkrete Erkenntnisse bezüglich der Entwicklung des Bedarfs geriatrischer Rehabilitation gesammelt (z. B. Auswertung statistischer Erhebungen der Kranken- und Pflegekassen, eigene Erhebungen, Zusammenarbeit mit den Trägern und den Kostenträgern in diversen Gremien)?**
- 2.2 Welche Probleme hat die Staatsregierung aufgrund dieser Erkenntnisse festgestellt?**
- 2.3 Wie hat die Staatsregierung in den letzten 25 Jahren diese Erkenntnisse umgesetzt, um die Weiterentwicklung der geriatrischen Rehabilitation in Bayern konstruktiv zu begleiten (bitte möglichst in der zeitlichen Abfolge der gewonnenen Erkenntnisse, der entwickelten Maßnahmen und deren möglichst konkreter Umsetzung – am besten tabellarisch – aufzuführen)?**

Die Fragen 2.1 bis 2.3 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation nach § 111 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) besteht anders als für den Krankenhaussektor für den Freistaat Bayern keine gesetzliche Grundlage für eine Bedarfsplanung. Die Staatsregierung hat weder Einfluss auf den Leistungsumfang noch die Vergütung und die Verteilung dieser Einrichtungen.

Es war und ist jedoch stets Ziel der Staatsregierung, den Selbstverwaltungspartnern ein Instrumentarium an die Hand zu geben, um die geriatrische Rehabilitation bedarfs- und bedürfnisgerecht weiterzuentwickeln. Dabei sind folgende Maßnahmen zu nennen:

- Förderung der Studie „Nachhaltigkeit geriatrischer Rehabilitation in Bayern: GiB-DAT Follow-Up-Studie“ der Ärztlichen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern (AFGiB) aus dem Jahr 2011,
- Runder Tisch zum Thema „Geriatrische Rehabilitation“ unter Leitung von Staatsminister a. D. Dr. Marcel Huber und Staatsministerin Melanie Huml im Jahr 2013,
- Förderung der Studie „Auswirkung des Fachprogramms ‚Akutgeriatrie‘ auf die geriatrische Rehabilitation in Bayern“ (AKUT-Studie) der AFGiB aus dem Jahr 2014,
- Förderung der Studie „Nachhaltigkeit geriatrischer stationärer Versorgung in Bayern“ (NaGiB-Studie) der AFGiB aus dem Jahr 2020.

Auch nahm und nimmt die Staatsregierung durch folgende Fördermaßnahmen aktiv Einfluss auf die Stärkung der geriatrischen Rehabilitation im Freistaat:

- 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.
- Das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) fördert seit dem Jahr 2015 die Anfangsphase von Leistungserbringern der mobilen geriatrischen Rehabilitation (MoGeRe) mit bis zu 25.000 Euro pro Team.

3.1 Inwieweit kann nach Ansicht der Staatsregierung mit einem gezielten Ausbau von Angeboten geriatrischer Rehabilitation (ambulant und stationär in allen Bezirken Bayerns) der Erhalt der Autonomie älterer bzw. schwer erkrankter Menschen in Zukunft gestärkt werden?

Hierzu wird auf die Antwort zu Frage 1.1 verwiesen.

3.2 Würde ein gezielter Ausbau geriatrischer Versorgungsangebote nach Meinung der Staatsregierung bedeuten, dass andere Angebote wegfallen könnten (z. B. kürzerer Verbleib in Akutklinken)?

Bei den geriatrischen Leistungen nach dem SGB V handelt es sich um abgestimmte, aufeinander aufbauende und sich ergänzende Angebote. Insbesondere die Behandlung im Krankenhaus in der Akutgeriatrie wird durch eine wichtige frührehabilitative Komponente erweitert, wodurch der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten soweit verbessert werden kann, dass überhaupt erst eine geriatrische Rehabilitationsfähigkeit besteht. Dass die akutgeriatrische/frührehabilitative Versorgung im Krankenhaus nicht mit der Rehabilitation konkurriert, sondern dass es sich dabei um Angebote handelt, die sich an Menschen mit unterschiedlichen pflegerischen und medizinischen Charakteristika wenden, zeigen auch die Ergebnisse der AKUT-Studie und der NaGiB-Studie (siehe hierzu auch die Antwort auf die Fragen 2.1 bis 2.3).

3.3 Hält die Staatsregierung es für sinnvoll, bereits bestehende Angebote medizinischer Rehabilitation durch geriatrische Rehabilitation zu ergänzen, um bestehende Strukturen für einen Ausbau des Angebots geriatrischer Rehabilitation zu nutzen?

Hierzu wird auf die Antwort zu den Fragen 2.1 bis 2.3 verwiesen.

4.1 Ist die Staatsregierung angesichts ihrer Erfahrungen mit geriatrischer Rehabilitation in den letzten 25 Jahren in Bayern der Meinung, dass auch andere Finanzierungsmöglichkeiten geprüft werden müssten, z. B. Mitfinanzierung über Pflegekassen oder ähnliches?

Eine isolierte Änderung der Finanzierungsverantwortung für die geriatrische Rehabilitation erscheint nicht sinnvoll. Eine Lösung muss vielmehr im Gesamtzusammenhang der komplexen, sozialgesetzbuchübergreifenden Schnittstellenproblematik gefunden werden. Eine Arbeitsgruppe der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) hat unter Einbeziehung der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) bereits vor einigen Jahren verschiedene Schnittstellen zwischen gesundheitlicher (SGB V) und pflegerisch-betreuerischer (Elftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XI) Versorgung untersucht, darunter auch das Thema „Rehabilitation und Pflege“. Die 91. ASMK (November 2014) und die 88. GMK (Juni 2015) haben den Bericht der Arbeitsgruppe zur Kenntnis genommen und in ihren Beschlüssen die Bundesregierung gebeten, die Empfehlungen bei anstehenden Reformvorhaben im SGB V und SGB XI zu berücksichtigen. In dem Bericht wurde festgestellt, dass es im SGB XI auf der systemischen Ebene trotz bestehender Anreizmechanismen (Zuschläge an Pflegeheime bei Rückstufung von Pflegebedürftigen in einen niedrigeren Pflegegrad nach einer rehabilitativen Maßnahme, Strafzahlungen der Kranken- an die Pflegekassen bei Nichterbringung medizinischer Rehabilitation innerhalb von sechs Monaten nach

Antragstellung) keinen ausreichenden Anreiz für Rehabilitation zur Vermeidung/Verinerung von Pflegebedürftigkeit gebe.

Angesichts der angespannten Finanzlage der Pflegeversicherung ist nicht davon auszugehen, dass eine (Mit-)Finanzierung der geriatrischen Rehabilitation durch die Pflegeversicherung allein zu mehr Leistungen für die Versicherten führen würde.

Eine Steigerung der Genehmigungen von geriatrischer Rehabilitation soll durch das „Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz“ (IPReG) erreicht werden, das am 29.10.2020 in Kraft getreten ist. Danach dürfen die Krankenkassen die medizinische Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung der geriatrischen Rehabilitation nicht infrage stellen, wenn die entsprechenden „Abschätzungsinstrumente“ angewandt wurden (§ 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V). Die Wirkung dieser Reform sollte zunächst abgewartet werden.

4.2 Welche Möglichkeiten hat die Staatsregierung, um die geriatrische Rehabilitation zu stärken und das Ziel, älteren Menschen nach einer schweren Erkrankung die Rückkehr in die Selbständigkeit zu ermöglichen, bestmöglich umzusetzen (z.B. finanziell, durch Förderung der Ansiedlung zusätzlicher ambulanter und stationärer Angebote geriatrischer Rehabilitation, Fachkräftewerbekampagne o. Ä.)?

Hierzu wird auf die Antwort zu den Fragen 2.1 bis 2.3 verwiesen.

Darüber hinaus 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 Pflegeberufegesetz (PflBG) ab 2020 zu unterstützen, um dem Pflegefachpersonalmangel entgegenzuwirken. 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 PflBG 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 Bayerischen 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 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.

5.1 Seit wann ist der Staatsregierung bekannt, dass für bestehende ambulante und stationäre geriatrische Rehaeinrichtungen gravierende Finanzierungsprobleme bestehen?

5.2 Worin sind diese Finanzierungsprobleme nach Erkenntnis der Staatsregierung begründet?

5.3 Welche Lösungsmöglichkeiten sieht die Staatsregierung?

Die Fragen 5.1 bis 5.3 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Fragestellung impliziert, dass bestehende ambulante und stationäre geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen gravierende Finanzierungsprobleme haben. Für diese pauschale Mutmaßung liegen dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) keine Anhaltspunkte vor. Allerdings konnten aufgrund der Coronapandemie Einrichtungen oftmals nicht wie üblich belegt werden bzw. entstand zusätzlicher Aufwand aufgrund verstärkter Hygienemaßnahmen. Diese wurden durch die Coronaregelungen des Bundes auch auf nachdrückliche Forderung Bayerns zumindest teilweise kompensiert.

Mangels Zuständigkeit der Staatsregierung für die Finanzierung der geriatrischen Rehabilitation besteht dahingehend auch keine Möglichkeit der Einflussnahme. Die Gesetzgebungskompetenz für alle Angelegenheiten der Sozialgesetzbücher liegt ausschließlich beim Bund.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und den für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene wurde gesetzlich die Aufgabe zugewiesen, in Rahmenempfehlungen u. a. die Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen zu vereinbaren. Festzulegen ist auch ein Nachweisverfahren für Vergütungen, die nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können, weil Gehälter bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bezahlt werden. 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.

Die Vergütungen für die Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen werden zwischen den Krankenkassen und den jeweiligen Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. Den Versorgungs- und Vergütungsverträgen sind künftig die Inhalte der Rahmenempfehlungen zugrunde zu legen. Der Grundsatz der Beitragsstabilität, nach der sich die Erhöhung der Vergütung an der jährlichen Grundlohnsummensteigerung zu orientieren hat, ist nicht (mehr) anzuwenden.

Die Vertragspartner haben somit einen größeren Verhandlungsspielraum für höhere Vergütungen als in der Vergangenheit. Dennoch haben die Krankenkassen die Beiträge ihrer Mitglieder grundsätzlich wirtschaftlich und sparsam einzusetzen. Sie sind insofern an das für die GKV geltende Wirtschaftlichkeitsgebot gebunden. 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 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.

6.1 Führt das zusätzliche Auftreten von Post-COVID- und Long-COVID-Erkrankungen nach Kenntnis der Staatsregierung auch bei der ambulanten und stationären Versorgung der Patientinnen und Patienten zu spürbaren Engpässen bei deren Versorgung?

Die Staatsregierung hat die Bedeutung des Post-COVID-Syndroms frühzeitig erkannt und in den Fokus genommen. Ein Bayerischer Aktionsplan Post-COVID-Syndrom wurde aufgelegt. Bereits im Januar 2021 wurde ein Runder Tisch zum Thema „Stärkung der Rehabilitation und Nachsorge nach COVID-19-Erkrankung in Bayern“ etabliert. Darauf basierend wurde eine fortlaufende Arbeitsgruppe „Indikation Post-COVID-Syndrom“ auf Fachebene eingerichtet. Es nehmen Vertreterinnen und Vertreter der Leistungserbringer, Kostenträger, Wissenschaft, Verwaltung und der Betroffenen teil. Im Rahmen des regelmäßigen Austauschs wurden der Staatsregierung von einer hohen Nachfrage und damit verbundenen längeren Wartezeiten im Zusammenhang mit Post-COVID-Ambulanzen berichtet.

Die Versorgung von Betroffenen mit Long-COVID/Post-COVID-Syndrom betrifft primär die ambulante Versorgung. Seit Juli 2021 existiert die S1-Leitlinie „Post-COVID/Long-COVID“, die unter Federführung der „Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.“ (DGP) erstellt wurde. Sie definiert einen gestuften Behandlungspfad zur Versorgung von Betroffenen. Erster Ansprechpartner für Betroffene ist in der Regel der Hausarzt, der als wohnortnaher Lotse im Versorgungssystem agiert und je nach Krankheitsverlauf und Symptomen an die weiteren Instanzen (z. B. Fachärzte, Post-COVID-Ambulanzen, ggf. teilstationäre Versorgung) überleitet. Die Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) weist ergänzend darauf hin, dass, soweit ein Hausarzt einen (weiteren) notwendigen Behandlungsbedarf im Rahmen einer Post- bzw. Long-COVID-Erkrankung feststellt, der Betroffene sich unmittelbar an das ambulante Long-COVID-Netzwerk (LoCoN) der KVB wenden könne. Dieses beinhaltet ein fachlich und regional gegliedertes Verzeichnis niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, die sich bereit erklärt haben, zeitnah Termine für Patientinnen und Patienten mit Long-COVID zu vergeben und leitliniengerechte Diagnostik-, Therapie- und Unterstützungsangebote bereitzuhalten. Voraussetzung einer weiteren Behandlung ist der Nachweis einer überstandenen Coronainfektion.

Für Betroffene mit komplexem Behandlungsbedarf wurden zudem an den Universitätsklinika, aber auch an verschiedenen anderen Krankenhäusern und Instituten in Bayern spezialisierte Post-COVID-Ambulanzen eingerichtet. Weiterhin wurden Möglichkeiten zur teilstationären Behandlung (Tagesklinik) eingerichtet. Das StMGPP hat unter Einbeziehung externer medizinischer Expertise Entscheidungskriterien entwickelt, die als Grundlage für eine bürokratiearme und zeitnahe Vergabe teilstationärer Plätze für die Kliniken in Bayern dienen und die aber ggf. auch im Lichte

der tatsächlichen Entwicklung und mit zunehmender medizinischer Kenntnis über das Krankheitsbild anzupassen sein werden. Bislang haben nur wenige Krankenhäuser Versorgungsaufträge für die teilstationäre Versorgung beantragt. Es bestehen deshalb keine Anhaltspunkte für Engpässe in der stationären Versorgung. Der Umstand bestätigt vielmehr, dass das Erkrankungsbild wie dargelegt überwiegend Gegenstand der ambulanten und rehabilitativen Versorgung ist.

6.2 Mit welchen Mitteln wurden Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation unterstützt, um diese besondere Belastung auszugleichen (z. B. über den bundesweiten „Rettungsschirm“ bzw. bayrische Finanzierungsmaßnahmen)?

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen nach § 111 Abs. 2 SGB V oder nach § 111a Abs. 1 SGB V erhielten über einen Schutzschirm auf Bundesebene aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds Ausgleichszahlungen für die Zeiträume 16.03.2020 bis 30.09.2020 und 18.11.2020 bis 15.06.2021, die dadurch entstanden, dass Betten nicht so belegt werden konnten, wie es vor dem Auftreten der Coronapandemie geplant war. Die Höhe der Ausgleichszahlung betrug im ersten Zeitraum 60 Prozent und im zweiten Zeitraum 50 Prozent des mit den Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes der Einrichtung.

Für den Zeitraum 01.10.2020 bis 17.11.2020 (ohne die Möglichkeit von Ausgleichszahlungen) sowie vom 16.06.2021 bis 30.06.2022 konnten die stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen pandemiebedingte Minderbelegungszuschläge bei den Krankenkassen beantragen. Die Ausgleichssätze für die Berechnung des Minderbelegungszuschlags betrugen für den Zeitraum 01.10.2020 bis 17.11.2020 60 Prozent und ab 16.06.2021 50 Prozent.

Außerdem erhielten die Einrichtungen für coronabedingte Mehraufwendungen (Sach- und Personalkosten aufgrund der zusätzlichen Hygiene- und Organisationsvorgaben) pauschale Zuschläge, z. B. in Höhe von acht Euro pro Tag für stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation.

Das StMGP hat sich stets im Interesse der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für die Kompensation von coronabedingten Mehraufwendungen und Einnahmeausfällen eingesetzt. Eine weitere Verlängerung der Regelungen über den 30.06.2022 hinaus hat der zuständige Bund jedoch nicht mehr vorgenommen.

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die nicht in einem Rechtsverhältnis zu Leistungsträgern nach dem SGB V und SGB XI stehen, sind nach dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) vom 27.03.2020 leistungsberechtigt, wenn und solange sie Reha-Leistungen wegen einer aktuellen Maßnahme zur Pandemiebekämpfung nicht mehr im bisherigen Umfang erbringen können. Sie erhalten auf Grundlage einer divergierenden Berechnungsweise monatliche Zuschüsse von maximal 75 Prozent der sonst anfallenden Zahlungen des Leistungsträgers. Das SodEG wurde bis zum 30.06.2022 verlängert.

7.1 Hält die Staatsregierung es für wahrscheinlich, dass Post-COVID- und Long-COVID-Erkrankungen für einen längeren Zeitraum zu einem zusätzlichen Versorgungsbedarf führen?

Experten gehen davon aus, dass etwa 10 Prozent der an COVID-19 erkrankten Erwachsenen mit Spätfolgen zu kämpfen haben. In Bayern wurden laut KVB im Jahr 2021 und im ersten Quartal 2022 insgesamt 280 000 Patientinnen und Patienten wegen einer Long-COVID-Erkrankung ambulant versorgt (Stand: 30.06.2022). Ein relevanter Anteil von diesen sei auch längerfristig in Behandlung, etwa ein Drittel der Betroffenen sei deshalb in mindestens zwei Quartalen in der Praxis.

Aufgrund des weiteren Verlauf der Coronainfektionen ist auch in den folgenden Quartalen von einer hohen Anzahl neuer Patientinnen und Patienten auszugehen.

Für den Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten wird auf die Antwort auf Frage 6.1 verwiesen.

7.2 Welche Bedeutung hat der Bereich „ambulante und stationäre geriatrische Rehabilitation“ im Rahmen der Versorgungsstrukturen gerade für die Versorgung der Patientinnen und Patienten nach COVID-Infektionen?

Im Allgemeinen ist der konkrete Bedarf an Rehabilitation bei dem komplexen Behandlungsbild Post-COVID-Syndrom (mehr als 200 assoziierte Symptome) von den jeweils individuell vorherrschenden Beschwerden der einzelnen Patientinnen und Patienten abhängig. So werden bspw. Betroffene mit einer Lungensymptomatik primär in einer pneumologischen Rehabilitationseinrichtung behandelt. In Bezug auf die konkreten Beschwerdebilder stehen also organ- bzw. funktionsspezifische Versorgungsstrukturen der Rehabilitation im Vordergrund. Sofern weitere geriatrische Faktoren in die Behandlung miteinbezogen werden müssen, ist grundsätzlich auch eine Versorgung im Bereich der ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation denkbar.

8.1 Wie wird die Behandlung von Post-COVID- und Long-COVID-Patientinnen und Patienten konkret refinanziert?

Die Krankenhausfinanzierung erfolgt in Deutschland nach dem Prinzip der dualen Finanzierung. Diese beinhaltet eine Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer. In Bayern ist in diesem Zuge für Krankenhausbauvorhaben ein Gesamtvolumen von rund 3,4 Mrd. Euro bis zum Jahr 2025 veranschlagt. Dagegen erfolgt für den somatischen Bereich die Vergütung von Krankenhausleistungen v. a. über Fallpauschalen (evtl. mit Zusatzentgelten) oder fall-/tagesbezogene Entgelte und ein krankenhausindividuelles Pflegebudget.

Für Vorsorge- und Rehabilitationskliniken gelten andere Finanzierungsregeln als für Krankenhäuser. Die Einrichtungen können ihre Leistungen mit den Krankenkassen nur abrechnen, wenn sie mit diesen Versorgungsverträge abgeschlossen haben. Grundsätzlich ist die Finanzierung von Vorsorge- und Reha-Einrichtungen „monistisch“: Die Betriebs- und Investitionskosten der Einrichtungen müssen mit der Vergütung der erbrachten Leistungen gedeckt werden. Ggf. werden Leistungen auch mit anderen Versicherungsträgern, wie z. B. der Deutschen Rentenversicherung, der Agentur für Arbeit und den gesetzlichen Unfallversicherungen, abgerechnet.

Die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen fällt nach den bundesgesetzlichen Regelungen in die Zuständigkeit der Selbstverwaltungspartner. Gerade Vergütungsfragen stellen das Herzstück der Selbstverwaltungskompetenz dar. Konkret wird der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) auf Bundesebene durch den Bewertungsausschuss beschlossen. Dieses Gremium ist paritätisch mit je drei Vertretern des GKV-Spitzenverbands und der KVB besetzt. Der Bewertungsausschuss steht unter der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Eine inhaltliche Einflussmöglichkeit durch die Staatsregierung auf Entscheidungen des Bewertungsausschusses besteht nicht. Der EBM bestimmt den Inhalt der berechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.

8.2 Ist nach Meinung der Staatsregierung die Finanzierung der Behandlung von Post-COVID- oder Long-COVID-Patientinnen und Patienten in der geriatrischen Rehabilitation im gegenwärtigen Finanzierungssystem ausreichend, insbesondere im Hinblick darauf, dass die Regeneration nach einer Coronainfektion oft sehr langwierig ist aufgrund der Stärke der kognitiven Defizite und des Muskelabbaus?

Das StMGP hat in seiner Zuständigkeit als Rechtsaufsichtsbehörde über die landesunmittelbaren Krankenkassen strikt auf eine neutrale Haltung zu achten. Eine Bewertung der Angemessenheit der Finanzierung geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen ist dem StMGP daher nicht möglich. Auf die Antwort zu den Fragen 5.1 bis 5.3 wird Bezug genommen. Im Übrigen sollen Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation als ambulante Leistungen in der Regel für 20 Behandlungstage oder als stationäre Leistungen in der Regel für drei Wochen erbracht werden. Medizinisch dringend erforderliche Verlängerungen sind aber möglich und die Kosten in diesen Fällen von der zuständigen Krankenkasse zu übernehmen. Somit kann bei medizinischer Erfordernis ggf. auch auf eine längere Behandlungsnotwendigkeit von Patienten mit Post-COVID oder Long-COVID reagiert werden. Im Anschluss an Rehabilitationsmaßnahmen steht Patienten darüber hinaus das Leistungsspektrum der ambulanten Versorgung zur Verfügung.

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 abrufbar.

Die aktuelle Sitzungsübersicht steht unter www.bayern.landtag.de/aktuelles/sitzungen zur Verfügung.