

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

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

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

Stuttgart 25. Januar 2016
Durchwahl 0711 / 123-3812
Name Dr. Anne Würz
Aktenzeichen 5- 0141.5/15/7875
(Bitte bei Antwort angeben)

nachrichtlich – ohne Anlagen –

Staatsministerium

**Antrag der Abgeordneten Karl Rombach u. a. CDU
- Vorsorge und Gesundheit im Alter
- Drucksache 15/7875**

Ihr Schreiben vom 14.12.2015

Anlagen
9 Mehrfertigungen

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren nimmt zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen*

zu berichten,

- 1. wie sich die Anzahl der multimorbiden Patienten in Baden-Württemberg, aufgeteilt nach Pflegestufe 1 bis 3 einschließlich chronischer Erkrankungen (inklusive psychischen) und zusätzlichen Altersdemenzen, in den letzten 15 Jahren jährlich entwickelt hat;*

Nach Feststellung des Statistischen Landesamtes waren im Dezember 2013 in Baden-Württemberg 298.769 Personen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Insgesamt 52,4 Prozent aller Pflegebedürftigen waren in die Pflegestufe I eingruppiert, 34,1 Prozent erhielten Leistungen der Pflegestufe II, 12,8 Prozent waren in der Pflegestufe III eingestuft und 0,7 Prozent hatten zum Zeitpunkt der Erhebung noch keine Zuordnung.

Tabelle: Pflegebedürftige gesamt und nach Pflegestufen

	Gesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	ohne Pflegestufe
2001	210.724	99.210	81.935	27.309	2.270
2003	224.184	107.495	85.865	29.595	1.229
2005	225.367	110.323	84.839	28.223	1.982
2007	236.998	119.272	86.555	28.932	2.239
2009	246.038	126.257	87.235	30.842	1.704
2011	278.295	145.177	95.848	35.280	1.990
2013	298.769	156.555	101.880	38.242	2.091

Erstmals wurden im Rahmen der Pflegestatistik auch die Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erfasst, d.h. mit Einschränkungen durch demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen. Ende 2013 konnten hier 126.536 Personen gezählt werden, was einem Anteil von 42,4 Prozent an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes entspricht.

Dem Sozialministerium liegen zu den weiteren in der Frage aufgeführten Merkmalen – chronische Erkrankungen (inklusive psychischen) und zusätzlichen Altersdemenzen – aus der Pflegestatistik und anderen Quellen keine verlässlichen Daten vor.

2. *welche Maßnahmen das Land im Bereich der Vorsorge ergreift, um eine effektive Ursachenbekämpfung von multimorbiden Erkrankungen im Alter voranzutreiben;*

Die Gesunderhaltung der Menschen in Baden-Württemberg steht im Mittelpunkt bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens im Land. Wie im Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg ausgeführt wird, soll allen Menschen von Geburt an ein gesundheitsförderliches Aufwachsen und Leben ermöglicht werden. Gesundheit wird dabei als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen. Ein wichtiges Ziel ist es den Menschen bei steigender Le-

benserwartung möglichst viele beschwerdefreie Lebensjahre zu ermöglichen. Auf dieser Grundlage unterstützt das Land in Baden-Württemberg auf verschiedenen Ebenen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention, um multimorbide Erkrankungen im Alter einzudämmen.

Mit der Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ unterstützen Sozialministerium und Landesgesundheitsamt Städte und Gemeinden bei der Planung und Umsetzung eines kommunalen und generationenfreundlichen Gesamtkonzepts zur Förderung der Gesundheit von Kindern, Jugendlichen, Familien und älteren Menschen.

Bewegung und Mobilität für Menschen im höheren Alter anzuregen und zu ermöglichen, ist ein wichtiger Aspekt im Bereich der gesundheitlichen Vorsorge für Menschen und daher ein wichtiges Ziel der Landesregierung. Das beim Landesgesundheitsamt angesiedelte Zentrum für Bewegungsförderung unterstützt Städte und Gemeinden, die am Bedarf orientierte Bewegungsprogramme anstoßen wollen, mit Beratung vor Ort und bei der Erarbeitung spezifischer Arbeitshilfen. Solche Programme beziehen auch das bürgerschaftliche Engagement der älteren Bürgerinnen und Bürger ein, beispielsweise durch Übernahme einer begleitenden Funktion für niederschwellige aktivierende Bewegungsangebote für ältere Menschen.

Darüber hinaus geben der 2013 veröffentlichte Bericht „Aktiv für ein gesundes Altern in Baden-Württemberg“ und der im Oktober 2015 veröffentlichte „Kompass Seniorenpolitik – Politik für Seniorinnen und Senioren in Baden-Württemberg“ vielfältige Anregungen. Im „Kompass Seniorenpolitik“ ist insbesondere im Kapitel „Mobil sein im Alter“ dargestellt, wie sich das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren zusammen mit anderen Ministerien der Landesregierung dafür einsetzt, dass ältere Menschen möglichst lange selbstständig und sicher mobil sein können, um ihre Gesundheit zu fördern und gesellschaftlich teilhaben zu können.

Gesellschaftliche Teilhabe kann einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit haben (Vermeidung von Einsamkeit, Rückzug und Bewegungsmangel). Angesichts steigender Zahlen von älteren und hochaltrigen Menschen kommt der Möglichkeit, sich im öffentlichen Raum möglichst lange bewegen zu können, auch wenn man körperlich schon beeinträchtigt ist, bei älteren Menschen und ihren Angehörigen steigende Bedeutung bei. Die Landesregierung setzt sich auch aus senioren- und generationenpolitischer Perspektive dafür ein, dass im Land bewegungsfördernde Angebote geschaffen, bewegungshinderliche Faktoren und Barrieren vermieden oder abgebaut und die aktuellen Erkenntnisse über Rahmenbedingungen und konkrete Möglichkeiten zur Bewegungsförderung älterer Menschen verbreitet werden.

Die Koordinierungsstelle "Gesundheitliche Chancengleichheit Baden-Württemberg" am LGA ist Teil des bundesweiten Kooperationsverbundes "Gesundheitliche Chancengleichheit", dessen Ziel es ist, die Gesundheit von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen zu fördern. In Baden-Württemberg wird seit dem Jahr 2007 das Schwerpunktthema Gesundheitsförderung mit älteren Menschen in schwierigen Lebenslagen vertieft, zuletzt mit besonderer Berücksichtigung wirkungsvoller Zugangswege zu älteren Menschen in Städten und Gemeinden unabhängig von sozialer Lage, Geschlecht, Herkunft und Behinderung.

Die AG Suchtprävention des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren hat im März 2015 Empfehlungen zur „Prävention des Suchtmittelmissbrauchs im höheren Lebensalter“ veröffentlicht. Ziel des Papiers ist es, Entscheidungsträgern, Kommunalen Netzwerken für Suchtprävention und Suchthilfe und weiteren Akteuren auf örtlicher Ebene Hinweise für Projekte, Maßnahmen und eine sachgerechte Herangehensweise an das Thema zu geben.

Landesweit gibt es vielfältige Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten in den Land- und Stadtkreisen. Mit dem Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg steht hierfür ein Orientierungsrahmen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, medizinische Versorgung und Pflege hin zu mehr Bürger- und Patientenorientierung, Regionalisierung und Vernetzung zur Verfügung.

In vielen Kommunalen Gesundheitskonferenzen der Land- und Stadtkreise sind „Gesund aufwachsen“ und „Gesund älter werden“ aktuelle Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention. Mit dem Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung der Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg (Landesgesundheitsgesetz – LGG), das am 29. Dezember 2015 in Kraft getreten ist, wurden die Kommunalen Gesundheitskonferenzen, die es bisher in 37 Land- und Stadtkreisen gibt, gesetzlich geregelt.

3. wie eine individuelle und gründliche Anamnese erreicht werden kann;

Einer individuellen und gründlichen Anamnese durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte kommt in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen eine hohe Bedeutung zu. Wichtige Faktoren für eine individuelle und gründliche Anamnese sind Zeitressourcen, Gesprächsbereitschaft, Sprachkenntnisse, eine offene Arzt-Patienten-Beziehung und zusätzlich ggf. Möglichkeiten für eine niederschwellige Ansprache.

4. *ob und wenn ja, welche Studien es gibt, die nachweisen, dass durch eine ausreichende Vitamin-D3-Aufsättigung eine deutlich nachweisbare Tumorphylaxe zu erreichen ist;*

In einer gemeinsamen Stellungnahme vom Dezember 2014 stellen das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) und das Max Rubner-Institut fest, dass nach derzeitiger Datenlage eine gute Vitamin D-Versorgung bei älteren Menschen zwar z.B. das Risiko für Stürze, Knochenbrüche oder Mobilitätsverlust senken kann, aber keine hohe (deutliche) Beweiskraft für eine Risikosenkung für Krebserkrankungen besteht.

5. *ob und wenn ja, wie die Versicherer durch die Ausschreibung der Laborkosten Kosten reduzieren und Qualitätsverbesserungen erreichen können;*

Im ambulanten vertragsärztlichen Bereich bestimmt sich die Vergütung von Laborleistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), welcher vom Bewertungsausschuss auf Bundesebene beschlossen wird (vgl. auch § 87 SGB V). Auf dieser Basis rechnet die niedergelassene Laborärztin bzw. der niedergelassene Laborarzt ihre/seine Leistungen mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ab. Die Krankenkassen erfüllen ihre Kostentragungspflicht durch Zahlung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung an die jeweilige KV.

Im stationären Bereich sind gegebenenfalls notwendige Laborleistungen mit der Fallpauschale (DRG) abgegolten. Insoweit bleibt für die gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich weder im ambulanten noch im stationären Bereich Raum für die Ausschreibung von Laborleistungen.

Eine Ausschreibung von Laborleistungen wäre daher nur in einem selektivvertraglichen Rahmen nach den §§ 73b oder 140a SGB V möglich. Da Laborleistungen, wie oben beschrieben, ganz überwiegend Bestandteil der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung sind, müsste diese bei einer Ausschreibung bereinigt werden. Zu berücksichtigen ist ferner, dass eine Erbringung von Laborleistungen im Wege der Ausschreibung eine Vertragsgrundlage nach den §§ 73b oder 140a SGB V voraussetzt und sich damit Versicherte in die entsprechenden Verträge aktiv einschreiben müssen. Allein für auszuschreibende (Standard-)Laborleistungen dürfte dies wenig attraktiv für Versicherte und Krankenkassen sein.

Vorstellbar erscheint hingegen, Laborleistungen im Rahmen ohnehin bestehender Verträge auszuschreiben. Insofern könnte dies etwa im Rahmen der (bestehenden) Verträge nach den §§ 73b, 73c und 140a SGB V eine Option sein, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit Laborleistungen weiter zu erhöhen. Diese Entscheidung obliegt jedoch den Krankenkassen.

6. *ob und wenn ja, wie die regelmäßige Untersuchung der Stoffwechselfaktoren eines Menschen zur Vorsorge dienen kann;*

In der Regel erfolgt eine gezielte Untersuchung von Stoffwechselfaktoren in Abhängigkeit von Beschwerden und bestehenden Symptomen. Ferner können entsprechende Untersuchungen bei bekannten genetischen bzw. familiären Belastungen und bei Erkrankungen, die häufig einen langen symptomfreien oder symptomarmen Verlauf aufweisen, frühzeitig sinnvoll sein. Hierzu gehören beispielsweise der Diabetes mellitus Typ 2, der Bluthochdruck sowie Fettstoffwechselstörungen, die häufig über viele Jahre unerkannt bleiben können. Bei diesen Erkrankungen können Bestimmungen von Blutzucker oder Cholesterin bzw. Triglyzerid frühzeitig Hinweise auf beginnende gesundheitliche Veränderungen geben. Die oder der Betroffene erhält dann frühzeitig die Möglichkeit unter anderem aktiv durch Änderung des Lebensstiles etwas für seine Gesundheit zu tun und den Krankheitsprozess zu beeinflussen bzw. ggf. zu verzögern, bevor es zu deutlichen krankheitsbedingten Veränderungen gekommen ist, die die Lebensqualität zunehmend beeinträchtigen können.

Präventionsaspekte sind neben Versorgungsfragen z.B. auch wesentlicher Inhalt des Maßnahmenplanes zur Umsetzung des Gesundheitsziels „Diabetes mellitus Typ 2 Risiko senken und Folgen reduzieren für Baden-Württemberg“, der von dem vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren eingesetzten Fachbeirat Diabetes in den letzten eineinhalb Jahren erarbeitet wurde und mit dessen Umsetzung jetzt begonnen wird.

7. *ab welchem Alter eine solche regelmäßige Untersuchung der Stoffwechselfaktoren eines Menschen der Vorsorge nützlich ist;*

Die Erkrankungen, die die Ursachen von Multimorbidität im Alter sein können, beginnen häufig schleichend schon im jungen Erwachsenenalter. Regelmäßige Untersuchungen von ausgewählten Stoffwechselfaktoren wie Blutzuckerspiegel, Fettwerte oder auch ggf.

zusätzlich Leber- und Nierenwerte sind daher bereits ab dem jüngeren mittleren Lebensalter insbesondere bei Risikogruppen sinnvoll. Im Rahmen der Früherkennung wird hierfür insbesondere die Bedeutung des Check-up 35 betont.

8. *ob es zutreffend ist, dass die Erstellung eines Neurostressprofils Tendenzen zu einem Burn-out erkennen lässt und somit der Vorbeugung von privaten und beruflichen Problemen dienen kann;*

Der Terminus des „Neurostressprofil“ ist nicht ganz eindeutig und erscheint in den wissenschaftlichen Datenbanken nicht. Es können verschiedene Arten von Profilen gemeint sein. Im Folgenden wird daher auf die Aussagekraft der Messung somatischer „Marker“, die mit Stress in Verbindung gebracht werden, abgehoben, die seit Jahren im Bereich der Diagnostik von Depression und sogenanntem Burn-Out verwendet werden.

Auch der Begriff des Burn-Out wird unscharf und uneinheitlich verwendet. Der Psychotherapeut Herbert Freudenberger verwendete 1974 erstmals diesen Begriff, als er eine depressive Symptomatik aufgrund beruflicher Überforderung bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sozialer Berufe beschrieb. Burn-Out ist keine eigene Krankheitsdiagnose im Sinne einer psychischen Störung, sondern wird im internationalen Katalog der Krankheiten und Störungen – der International Classification of Diseases (ICD-10) – unter „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen“ und hier unter der Rubrik „Problem mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ verschlüsselt. Nicht alle Menschen, die unter denselben Belastungsfaktoren leben, entwickeln einen Burn-Out. Dies deutet darauf hin, dass neben den Belastungsfaktoren auch individuelle gesundheitserhaltenden Faktoren entscheidend sind, sogenannte Resilienzfaktoren.

Das Neurostressprofil soll bestehende Mangel- oder Überschusssituationen bezüglich wichtiger Hormone, Neurotransmitter und Aminosäuren offenbaren. Mit Hilfe moderner Labordiagnostik wird beispielsweise die Konzentration der Nebennierenhormone DHEA, Adrenalin und Cortisol bestimmt, die Aufschluss über die Stressbelastung des Körpers geben kann. Des Weiteren beinhalten Neurostressprofile die Bestimmung der Werte von Serotonin, Noradrenalin, Glutamat usw. die Einfluss auf Antrieb, Aktivität und Stimmung haben.

Es ist fraglich, inwieweit ein aktuell erhobener Hormon-/Neurotransmitterstatus nicht nur die wenig aussagekräftige aktuelle psychische Befindlichkeit eines Menschen (hoher Noradrenalin- und Adrenalin Spiegel = hoher Stresslevel), sondern tatsächlich die Grundstimmungslage der/des Betroffenen widerspiegelt. Die messbaren somatischen Marker haben

bezüglich eines möglichen künftigen Burn-Outs eine geringere Aussagekraft als dies die Berichterstattung in den Medien häufig suggeriert. Demgegenüber sind die psychometrischen Burn-Out-Tests etwas aussagekräftiger. Eine ausführliche Befragung der Patientin bzw. des Patienten nach Lebens- und Arbeitsgewohnheiten, Stressoren und Ressourcen, sowie eine Erhebung der Persönlichkeitszüge (z.B. mittels eines NEO-FIVE-Tests) und allgemeiner sozialanamnestischer Parameter ergänzt durch eine anschließende Beratung beziehen beispielsweise auch die dargestellten Risiko- und Resilienzfaktoren mit ein. Sie können so auch für die Vorbeugung eines Burn-Outs bedeutsam sein.

9. *wie sie die motivierende Wirkung durch eine leistungsbezogene und nicht quartalspauschale Entlohnung der niedergelassenen Ärzte nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im ländlichen Raum beurteilt.*

Um Ärztinnen und Ärzte zu motivieren, in der ambulanten ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum tätig zu werden, sind in erster Linie gute Rahmenbedingungen notwendig. Insbesondere die Versorgungsstrukturen, die Arbeitsbedingungen und die örtliche Infrastruktur sind daher an den Bedürfnissen der nachwachsenden Ärztegeneration auszurichten.

Das Sozialministerium hat auf Landesebene im Sommer 2012 ein überarbeitetes Förderprogramm für Landärzte auf den Weg gebracht. Ziel des „Förderprogramms Landärzte“ ist die Sicherstellung der ambulanten hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum auch in Zukunft. Das Programm ist mit knapp zwei Mio. Euro ausgestattet und richtet sich an Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sowie hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten. Hausärztinnen und Hausärzte können bis zu 30.000 Euro Landesförderung erhalten, wenn sie sich in Baden-Württemberg in einer ländlichen Gemeinde niederlassen, die als Fördergebiet ausgewiesen ist.

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg unterstützt mit dem neuen Programm »Ziel und Zukunft« ab dem 1. Oktober 2015 die Niederlassung in „Regionen der existenten oder drohenden Minderversorgung“ (Fördergebiete) mit bis zu 60.000 Euro je Praxis. Praxen, die bei »Ziel und Zukunft« gefördert werden, bekommen zudem eine zusätzliche Vergütung pro Behandlungsfall (»Fallwertzuschlag«).

Entsprechende finanzielle Anreize signalisieren dem ärztlichen Nachwuchs, dass eine ärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum von Seiten der ärztlichen Selbstverwaltung besondere Wertschätzung erfährt. Fallwertzuschläge tragen dazu bei, dass ein angemessenes ärztliches Einkommen auch bei einer Tätigkeit in strukturschwachen Regionen erzielbar ist. Eine darüber hinaus gehende finanzielle Besserstellung von Ärztinnen und Ärzten im ländli-

chen Raum in Gestalt einer Abrechnung auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist nach Auffassung der Landesregierung nicht erforderlich. Eine Umstellung des vertragsärztlichen Vergütungssystems auf eine Vergütung nach GOÄ wäre zudem systemwidrig, weil mit der GOÄ für die Versicherten eine Abkehr von der kollektivvertraglichen Abrechnung hin zu einer individualvertraglichen Abrechnung zwischen Patientin bzw. Patient und Ärztin bzw. Arzt verbunden wäre.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

Katrin Altpeter MdL
Ministerin für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Senioren