

**Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 16/456**

Ministerium für Soziales, Gesundheit,
Familie, Jugend und Senioren
des Landes Schleswig-Holstein

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie,
Jugend und Senioren | Postfach 11 21 | 24100 Kiel

An den
Präsidenten des
Schleswig-Holsteinischen Landtages
Herrn Martin Kayenburg
Landeshaus

24105 Kiel

Kiel, 21. November 2005

**Stellungnahme des Ministeriums für Soziales, Gesundheit,
Familie, Jugend und Senioren zu den Beschlüssen des 17. Altenparlaments**

Sehr geehrter Herr Präsident,

für die Übersendung der Beschlüsse des 17. Altenparlaments danke ich.
Gerne komme ich Ihrer Bitte nach, zu den das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren betreffenden Anträgen Stellung zu nehmen.
Die Stellungnahme füge ich in der Anlage bei.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Dr. Gitta Trauernicht
Ministerin

Anlagen



Kiel, November 2005

Stellungnahme zu den Beschlüssen des 17. Altenparlaments

Alternative Wohnformen

AP 17/2 NEU

Die demografische Entwicklung und sich verändernde Lebens- und Wohnvorstellungen im Alter sind Ausgangspunkte für das Ziel der Landesregierung alternative Wohnformen im Alter zu entwickeln und zu fördern. Hierbei steht das lebenslange Wohnen im Wohnquartier im Vordergrund.

Zunehmend jüngere Jahrgänge der Bevölkerung beschäftigen sich aktiv mit der Anpassung ihrer Wohnsituation an Bedürfnisse, die sie im Alter haben werden. Je nach Vitalität und sozialer Prägung besteht der Wunsch, das Lebensumfeld so zu organisieren, dass Eigenständigkeit, Selbstverantwortlichkeit, überschaubare soziale Netzwerke und Mobilität hochwertig und langfristig erhalten bleiben.

Im Zuge des gesellschaftlichen Wandels haben sich in den letzten Jahren vielfältige nachbarschaftsorientierte Wohnformen entwickelt, die insbesondere auf Eigeninitiativen, Nachbarschaftshilfe und integratives, generationsübergreifendes Wohnen setzen. So gibt es in Schleswig-Holstein zahlreiche Initiativen die zurzeit insbesondere an gemeinschaftsorientierten Wohnformen arbeiten. Unterstützt werden sie dabei im Lande von den Beratungsstellen der Städte und Gemeinden sowie der Wohnungsunternehmen.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren arbeitet an einem Beratungskonzept für selbstbestimmte Wohnprojekte. In einem Forum soll dieses Konzept mit den Beteiligten diskutiert werden.

2. Hausgemeinschaften für Senioren

AP 17/3

Als Alternative zu konventionellen Altenpflegeheimen gewinnen Hausgemeinschaften auch in Schleswig-Holstein immer mehr an Bedeutung.

Entsprechend dem Wunsch vieler älterer Menschen, möglichst lange in der gewohnten Umgebung ihrer Wohnung und Nachbarschaft bleiben zu können, müssen die Angebote im Vor- und Umfeld und in der häuslichen Pflege hierauf eingehen und

weiterentwickelt werden. Ein Weg hierzu ist die Initiierung und Schaffung alternativer Wohn- und Betreuungsformen.

Die Landesregierung unterstützt die Initiativen zur Gründung von ambulant betreuten Haus- oder Wohngemeinschaften, insbesondere solche für demenzkranke Menschen. Geplant ist der Aufbau einer entsprechenden Informations- und Beratungsstruktur im Land. Dieses Konzept soll mit den Beteiligten in einem Forum erörtert werden.

3. Broschüre „Alternative Wohnform im Alter“

AP 17/4 NEU

Ziel der Landesregierung ist es, durch Verbesserung, Förderung und Qualitätssicherung Angebote altersgerechter Wohnformen und altersgerechter Wohnungsangebote zur Miete und im Eigentum zu entwickeln oder bereits bestehende weiterzuentwickeln.

Regelmäßig werden im Rahmen der staatlichen Wohnraumförderung durch das Land Schleswig-Holstein unter anderem altengerechte Wohnungen, Gruppenwohnprojekte, nachbarschaftliches und generationsübergreifendes Wohnen gefördert.

Ein entsprechendes Wohnungskataster gibt es aber weder bei den Landesdienststellen noch bei den Städten und Gemeinden.

Auch sind Kenntnisse über konkrete Ansätze, Modelle/Verwirklichungen alternativer seniorengeeigneter Wohnformen bislang nicht systematisch aufbereitet.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren wird daher den Beschluss des Altenparlamentes für eine Broschüre „Alternative Wohnformen im Alter“ aufgreifen und gemeinsam mit den weiteren Beteiligten im Lande mit der Sammlung und Aufbereitung der Informationen für die gewünschte Darstellung beginnen.

5. Psychosoziale Unterstützung pflegebedürftiger Menschen

AP 17/Initiativantrag

Mit dem auf drei Jahre angelegten Modellprojekt Tandem-Seniorenbegleitung fördert das Land Schleswig-Holstein jährlich die Qualifizierung von mindestens 70 freiwillig engagierten Seniorenbegleitern. Die Qualifizierungsmaßnahme erfolgt an den sechs Standorten Bad Malente, Lübeck, Neumünster, Rendsburg, Flensburg und Norderstedt.

Mit diesem Projekt sollen ältere Menschen und ihre Angehörigen in der häuslichen Umgebung unterstützt und entlastet werden. Die wesentliche Aufgabe der Seniorenbegleiter liegt darin, den alten Menschen zu motivieren und zu unterstützen um die Fähigkeiten, die zu einer selbständigen Lebensführung erforderlich sind, möglichst lange zu erhalten.

Mit dem Projekt soll eine konzeptionelle Verknüpfung zwischen den auf Hilfe angewiesenen Bürgerinnen und Bürger, professionellen Pflegediensten und

ehrenamtlich Engagierten hergestellt werden. Gleichzeitig sollen professionelle Pflegekräfte lernen, freiwillig Engagierte in die Gesamtsituation der häuslichen Pflege einzubeziehen. Insgesamt trägt der Seniorenbegleiter damit zur Verbesserung des Miteinander bei.

7. Grundsicherung

AP 17/6

Eine im Beschluss genannte Grundsicherung ist derzeit als besondere Sozialhilfeleistung durch die §§ 41 ff. SGB XII gesetzlich gewährleistet. Mit der Einführung dieser bedarfsorientierten Grundsicherung wollte der Gesetzgeber den Personen, die durch Alter oder dauerhafte Erwerbsminderung endgültig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind und ihren Lebensunterhalt nicht durch eigenes Einkommen (zu geringe Rente) und Vermögen bestreiten können, eine eigenständige soziale Leistung gewähren, die eine existenzsichernde Leistung darstellt. Die Besonderheit dieser Leistung ist darin zu sehen, dass Kinder nicht zum Unterhalt herangezogen werden. Eine Grundrente stellt diese bedarfsorientierte Grundsicherung jedoch nicht dar.

Vor dem Hintergrund der aktuell geführten Abstimmungen auf Bundesebene bleibt zunächst abzuwarten, ob konkrete Reformschritte im Hinblick auf eine Mindestrente außerhalb des Fürsorgesystems zu erwarten sind.

8. Gesundheitsmodernisierungsgesetz

AP 17/7

Die Entscheidung, Betriebsrenten und Versorgungsbezüge der vollen Beitragspflicht zu unterstellen, wurde im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 1. Januar 2004 in einem breiten Konsens zwischen den Regierungs- und Oppositionsfraktionen sowie der überwiegenden Mehrheit des Bundesrates gefällt. Die Rechtmäßigkeit der Entscheidung wurde am 24. August 2005 durch das Bundessozialgericht bestätigt (B 12 KR 29/04 R).

Nach der Gesetzesbegründung zu § 248 SGB V soll durch die Neuregelung zum 1. Januar 2004 erreicht werden, dass die Rentner in einem angemessenen Umfang an der Finanzierung der Leistungsaufwendungen, die für sie anfallen, beteiligt werden. Die Beitragszahlungen der Rentner deckten im Jahre 1973 noch zu gut 70 von Hundert deren Leistungsaufwendungen; inzwischen sind es nur noch 43 von Hundert. Es ist daher ein Gebot der Solidarität, den Anteil der Finanzierung der Leistungen durch die Erwerbstätigen nicht noch höher werden zu lassen (Bundestags-Drucksache 15/1525 Seite 140).

9. Grundbarbetrag in Anstalt und Heimen

AP 17/9 und 17/10 NEU

§ 35 Abs. 2 SGB XII bestimmt (analog zur früheren Regelung in § 21 Abs. 3 BSHG), dass der notwendige Lebensunterhalt in Einrichtungen auch einen angemessenen Barbetrag zur persönlichen Verfügung umfasst. Der Barbetrag leitet sich der Höhe

nach mit 26 von Hundert aus dem Eckregelsatz in Höhe von zurzeit 345,00 Euro her. Er beträgt derzeit 89,70 Euro monatlich. Für Personen, die vor dem 31. Dezember 2004 in Einrichtungen lebten, blieb der Zusatzbarbetrag in Höhe von weiteren bis zu 44 Euro erhalten.

Dieser Barbetrag ist gedacht für die persönlichen Bedürfnisse aber auch für Zuzahlungen für Arztbesuche, Arzneimittel etc. Damit diese Zuzahlung bis zum maximalen Zuzahlungsbetrag (41,40 Euro für chronisch kranke Menschen bzw. 82,80 Euro für andere) nicht zu Beginn des Jahres eine zu hohe Belastung darstellt, wurde gesetzlich geregelt, dass der Sozialhilfeträger auf Wunsch der oder des Betroffenen den maximalen Zuzahlungsbetrag als Darlehen gewährt und ihn monatlich anteilmäßig (3,45 Euro bzw. 6,90 Euro) vom Barbetrag abzieht.

11. Altersarmut

AP 17/NEU

Als arm gelten nach einer Definition des Rates der Europäischen Union von 1984 „Personen, Einzelpersonen, Familien und Personengruppen, die über so geringe (materielle, kulturelle und soziale) Mittel verfügen, dass sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die in dem Mitgliedsstaat, in dem sie leben, als Minimum annehmbar ist“:

Gesonderte Daten über Altersarmut liegen in Schleswig-Holstein nicht vor.

Hilfsweise werden hier Daten über die in Altersgruppen aufgeteilte Anzahl der Sozialhilfeempfänger angegeben. Diese Daten liefert das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig Holstein. Die neuesten vorliegenden Daten ergeben sich aus dem Statistischen Bericht „Die Sozialhilfe in Schleswig-Holstein 2003, Teil 2: Empfänger von Sozialhilfe“ vom 11. November 2004. Danach haben 2.390 Personen über 65 Jahren im Jahr 2003 Sozialhilfeleistungen erhalten.

Außerdem gibt es vom Statistischen Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein für das Jahr 2003 Erhebungen über die Anzahl der Empfänger von Grundsicherungsleistungen nach dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Danach haben 9.913 Personen über 65 Jahren Grundsicherungsleistungen erhalten. Ab dem 1. Januar 2005 gehören die Grundsicherungsleistungen wieder zu den Sozialhilfeleistungen des SGB XII.

12. Elektronische Gesundheitskarte

AP 17/12

Die schnelle Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wird vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren explizit gefordert. Das Ministerium unterstützt dies durch intensive Mitarbeit an der bundesweiten Einführung, die durch § 291 a SGB V vom Bundesgesetzgeber zum 1. Januar 2006 beschlossen wurde. Zur bundesweiten Einführung sind zwingend Tests in

verschiedenen Regionen Deutschlands erforderlich. Für die Durchführung solcher Tests bewirbt sich Schleswig-Holstein auf der Grundlage des Projekts „elektronische Gesundheitskarte Schleswig-Holstein“ (eGK SH), das seit 2003 bereits im Praxisbetrieb in der Region Flensburg läuft. Nach bisheriger Planung des BMGS soll die Entscheidung über die Testregionen noch im Jahr 2005 fallen. Damit könnten die ersten Flächentests für die bundesweite Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in 2006 stattfinden.

Bereits in den erwähnten ersten Flächentests sollen neben den Pflichtenwendungen „administrative Daten des Versicherten“ und „elektronisches Rezept“ eine Arzneimitteldokumentation sowie Notfalldaten auf der Karte erprobt werden. Zu den Notfalldaten gehören insbesondere zu benachrichtigende Angehörige, Hausarzt, Blutgruppe mit Untergruppen, Allergien, Vorerkrankungen und Impfdaten.

Auf Wunsch des Versicherten soll die elektronische Gesundheitskarte auch Hinweise darauf ermöglichen, ob eine Patientenverfügung vorhanden ist oder eine Erklärung zur Organspende vorliegt. (siehe § 291 a Abs. 3 Nr. 5 SGB V).

13. Aufklärung der Patienten über die ärztliche Verordnung von Generika (wirkstoffgleiche Medikamente) AP 17/13

Die geltende Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2004 / 2005 in Schleswig-Holstein, deren Vertragspartner die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung in Schleswig-Holstein sind, sieht als einen Schwerpunkt vor, den Marktanteil von Generika bei der Verschreibung apothekenpflichtiger Arzneimittel zu erhöhen. Dies wird von den Vertragspartnern nicht nur laufend überprüft, sondern ist zusätzlich seit dem 1. Januar 2004 Prüfgegenstand der von den Vertragspartnern gemeinsam getragenen unabhängigen Prüfeinrichtung zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Schleswig-Holstein. Hier wird auch das Verschreibungsverhalten der Vertragsärzte laufend überprüft beziehungsweise bei Auffälligkeiten angemessene Sanktionen verhängt.

15. Medizinische Versorgung muss für Schwerstkranke und Sterbende ein Leben in Würde ermöglichen AP 17/15

Die Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten wird von der Landesregierung bereits seit über zehn Jahren kontinuierlich vorangetrieben.

So hat sich aktuell auch der schleswig-holsteinische Landtag in seiner 7. Sitzung vom 9. bis 11. November 2005 mit dieser Thematik beschäftigt. Auf der Tagesordnung stand der gemeinsame Antrag aller im Landtag vertretenen Fraktionen „Schleswig-Holstein soll Vorreiter in der palliativmedizinischen Versorgung werden“. Dieser Antrag wurde zum einen Teil vom Landtag angenommen, so dass in der 9. Tagung im Januar 2006 die Landesregierung einen Bericht über die derzeitige Versorgungssituation in

Schleswig-Holstein abgeben wird. Der weitere Teil des Antrages, in dem u. a. festgehalten wurde, dass sich der Landtag für ein flächendeckendes Regelversorgungsangebot im ambulanten wie auch im stationären Bereich der Palliativ- und Hospizversorgung einsetzen soll, wurde an den Sozialausschuss überwiesen.

Nachdem das Förderkonzept des Landes Schleswig-Holstein in der ersten Phase schwerpunktmäßig den Aufbau eines flächendeckenden Angebots an palliativmedizinischen Initiativen und Gruppen vorsah und in der zweiten Phase gezielt das ehrenamtliche Engagement in diesem Bereich gefördert wurde, sehen die konzeptionellen Überlegungen des Landes Schleswig-Holstein nunmehr vor, den Schwerpunkt bei der Weiterentwicklung der palliativmedizinischen Versorgung inhaltlich und konzeptionell auf die Vernetzung und Verteilung von ambulanten und stationären Einrichtungen sowie auf die Kooperation von hauptamtlich und ehrenamtlich in diesem Bereich Tätigen zu legen.

Ein weiterer Ausbau stationärer Palliativstationen wird in Abstimmung mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten nach Vorlage nachgewiesener Bedarfszahlen sukzessive erfolgen.

In das Netz der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Versorgung sollen sich dann auch sog. „Palliativ - Care -Teams“ mit einbringen.

Die gegenwärtige Entwicklungsdynamik in der Palliativmedizin ist auf den ersten Blick beeindruckend, kann aber nicht darüber hinweg täuschen, dass Deutschland noch in vielen Bereichen, vor allem im ambulanten, geradewegs am Anfang palliativmedizinischer Arbeit beziehungsweise Umsetzung steht.

Die Fachgesellschaften fordern je 25 Palliativ- und Hospizbetten auf 1 Mio. Einwohner. Dies wurde auf dem in Lübeck am 27. und 28. Oktober 2005 stattgefundenen Symposium der Ostsee-Anrainerstaaten zum Thema Palliativmedizin noch einmal nachdrücklich bestätigt. In Schleswig-Holstein stehen landesweit bei rd. 2,8 Mio. Einwohnern zurzeit 36 Palliativbetten zur Verfügung, das sind 12,5 Betten auf 1 Mio. Einwohner. Damit liegt Schleswig-Holstein deutschlandweit im vorderen Mittelfeld und mit 65 Hospizbetten sogar mit 23 Betten pro 1 Mio. Einw. vorn.

Auf speziellen Stationen wird der palliativmedizinische Grundgedanke vertreten und vorgelebt. Inzwischen sind diese in 2 Schwerpunktkliniken in Flensburg mit 6 Betten und in Neumünster mit 5 Betten und an dem Universitätsklinikum SH, Campus Kiel, mit 6 und 7 Betten sowie im St. Elisabeth-Krankenhaus in Eutin mit 12 Betten vorzufinden.

Das Bestreben der Landesregierung, den Schwerpunkt auf die Vernetzung und Verteilung von ambulanten und stationären Einrichtungen sowie auf die Kooperation von hauptamtlich und ehrenamtlich in diesem Bereich Tätigen zu legen, wird durch den Beschluss des Landtages unterstützt.

Auch auf Bundesebene wird eine Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung

angestrebt (Interview der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt mit der Neuen Osnabrücker Zeitung vom 20. Oktober 2005). Für die betroffenen Patientinnen und Patienten soll ein eigenständiger Leistungsanspruch auf eine „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ eingeführt werden. Dabei sollen Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte zusammenarbeiten. Diese Gesamtleistung soll bei Bedarf rund um die Uhr erbracht werden. Dafür werden „Palliativ Care Teams“ aus spezialisierten Ärzten und Pflegekräften gebildet, mit denen die Krankenkassen zur flächendeckenden Versorgung Verträge abschließen. Sie haben primär die Aufgabe, Palliativpatienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf zu Hause zu betreuen, können aber auch Patienten in Krankenhäusern, Pflegeheimen oder Hospizen versorgen.

Daneben muss nach Aussage von Bundesgesundheitsministerin Schmidt auch die Palliativversorgung in den Krankenhäusern oder durch Hospize ausgebaut und verbessert werden. Darüber hinaus schlägt sie eine Qualitätssicherungsvereinbarung durch verbindliche Verträge innerhalb der Bundesmantelverträge zur dringend benötigten Qualitätssicherung in der Palliativmedizin vor. Ferner müssen die Honorarordnung für Kassenärztinnen und –ärzte und die Verträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern entsprechend ergänzt werden.

16. Umweltbedingte Erkrankungen

AP 17/16

Schleswig-Holstein hält als erstes Bundesland durch die Einrichtung von Umweltmedizinischen Betten im Fachkrankenhaus Nordfriesland in Bredstedt eine Vorreiterrolle in der stationären Versorgung von Umwelterkrankten inne.

Darüber hinaus sind Fachleute aus dem Bereich Umweltmedizin aus Schleswig-Holstein in der Kommission "Methoden und Qualitätssicherung in der Umweltmedizin" des Robert-Koch-Instituts (RKI) als Mitglieder vertreten. Diese Kommission befasst sich mit grundsätzlichen Fragen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im gesamten Bereich der Umweltmedizin (Präventive und Klinische Umweltmedizin).

Schleswig-Holstein ist zudem in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Umweltbezogener Gesundheitsschutz „ (LAUG), einer Arbeitsgruppe der Gesundheitsministerkonferenz, vertreten. In dieser werden unter anderem umweltmedizinische Angelegenheiten Länder übergreifend angeregt beziehungsweise bearbeitet.

Im Institut für Toxikologie und Pharmakologie des UKSH werden insbesondere toxikologische Forschungsarbeiten durchgeführt.

Das Land Schleswig-Holstein verfügt im Dezernat 50 des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit über eigene Untersuchungs- und Bewertungskapazitäten und berät die Bevölkerung und die Verwaltung in umwelttoxikologischen und umweltmedizinischen Angelegenheiten.

17. Hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum von Schleswig-Holstein

AP 17/18 NEU

Gemäß § 72 Abs. 2 SGB V ist die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist.

Nach § 75 Abs. 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

Mit dieser Vorschrift hat der Gesetzgeber die Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Sicherstellungsauftrag betraut. Dem Land obliegt als Rechtsaufsicht über die Kassenärztliche Vereinigung, darauf zu achten, dass diese ihren Sicherstellungsauftrag erfüllt. Die Aufsicht erstreckt sich allein auf die Geschäftsabwicklung der Verfahren in der Geschäftsstelle und den Zulassungseinrichtungen.

Eine Beteiligung des Landes oder sonstiger Stellung am Zulassungsverfahren sieht das Gesetz nicht vor.

Die Zulassung der Vertragsärzte selbst erfolgt durch Entscheidungen der bei den Kassenärztlichen Vereinigungen gebildeten Zulassungs- und Berufungsausschüssen, die paritätisch mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen besetzt sind.

Da die Planungsbereiche den Kreisen entsprechen, ist eine gleichmäßige Verteilung der Arztpraxen im Kreis nur schwer zu erreichen. Bei einem nachweislich lokalen Bedarf sind auch in gesperrten Planungsbereichen weitere Zulassungen im Wege der Sonderbedarfsfeststellung möglich.

Eine Unterversorgung (nach den Bedarfsplanungs-Richtlinien Ärzte = 75 v. H. des Bedarfs im Planungsbereich) liegt in Schleswig-Holstein in keinem Planungsbereich, auch nicht bei den Hausärzten, vor.