

## **Mitteilung**

### **der Landesregierung**

**Bericht der Landesregierung zu einem Beschluss des Landtags;  
hier: Bewertung der Handlungsempfehlungen der Enquetekommission  
„Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten (Pflege)“,**

**Abschnitt 3.1 – Pflege und Gesellschaft**

**Abschnitt 3.2 – Prävention, Rehabilitation und Akutversorgung**

**Abschnitt 3.3 – Lebensgestaltung bei Pflege- und Unterstützungsbedarf**

**Abschnitt 3.4 – Besondere Aspekte bei der Pflege und Betreuung**

**Abschnitt 3.5 – Arbeitsbedingungen**

**Abschnitt 3.6 – Aus- und Weiterbildung**

**Abschnitt 3.7 – Bürokratie, Dokumentation und Qualitätssicherung**

**Abschnitt 3.8 – Generationengerechte Finanzierung**

#### Landtagsbeschluss

Der Landtag hat am 27. Januar 2016 folgenden Beschluss gefasst (Drucksache 15/7980 Abschnitt 4, Ziffer 2):

Die Landesregierung zu ersuchen,

- a) die Handlungsempfehlungen zur Pflegekammer (Abschnitt 3.1.5) und zur Landesheimpersonalverordnung (Abschnitte 3.3.7 und 3.5.4) umzusetzen und dem Landtag zu den in Berichtsteil 3 für die Umsetzung der Handlungsempfehlungen jeweils vorgesehenen Zeiten über das Ergebnis der Umsetzung zu berichten.
- b) dem Landtag bis zum 28. September 2016 eine Bewertung zu den Handlungsempfehlungen 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.4, 3.2.1.1, 3.2.1.2, 3.2.1.3, 3.2.1.4, 3.2.1.5, 3.2.2.1, 3.2.2.2, 3.2.2.3, 3.2.2.4, 3.2.2.5, 3.2.2.6, 3.2.2.7, 3.2.2.8, 3.2.2.9, 3.2.2.10, 3.2.2.11, 3.2.3.1, 3.2.3.2, 3.2.3.3, 3.2.3.4, 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4, 3.3.6, 3.3.7, 3.3.8, 3.3.9, 3.3.10, 3.3.11, 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3, 3.4.4, 3.4.5, 3.4.6, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.5.4, 3.5.5, 3.5.6, 3.5.7, 3.6.1, 3.6.2, 3.6.3, 3.6.4, 3.6.5, 3.6.6, 3.6.7, 3.6.8, 3.6.9, 3.7.1, 3.7.2, 3.7.3, 3.7.4, 3.8.1, 3.8.2, 3.8.3 und 3.8.4 vorzulegen, bis zum 31. Januar 2017 mitzuteilen, welche Maßnahmen zur Umsetzung dieser Empfehlungen beabsichtigt sind und danach jeweils zeitnah über das Ergebnis der Umsetzung der Empfehlungen zu berichten.

*Handlungsempfehlung 3.1.1:  
Pflege als gesamtgesellschaftliche Herausforderung*

*Handlungsempfehlung 3.1.2:  
Würde und Selbstbestimmung im Alter*

*Handlungsempfehlung 3.1.3:  
Sicherstellung der pflegerischen Versorgung*

*Handlungsempfehlung 3.1.4:  
Wertschätzung der Pflege*

*Handlungsempfehlung 3.2.1.1:  
Prävention – Prävention von Pflegebedürftigkeit*

*Handlungsempfehlung 3.2.1.2:  
Prävention – Präventionsbewusstsein*

*Handlungsempfehlung 3.2.1.3:  
Prävention – Zielgruppenspezifische Angebote*

*Handlungsempfehlung 3.2.1.4:  
Prävention – Niedrigschwellige Beratungsangebote*

*Handlungsempfehlung 3.2.1.5:  
Prävention – Finanzierung*

*Handlungsempfehlung 3.2.2.1:  
Rehabilitation – Versorgungssituation in Baden-Württemberg*

*Handlungsempfehlung 3.2.2.2:  
Rehabilitation – Geriatrische Rehabilitation*

*Handlungsempfehlung 3.2.2.3:  
Rehabilitation – Rehabilitation in der Kurzzeitpflege*

*Handlungsempfehlung 3.2.2.4:  
Rehabilitation – Zugang zu Rehabilitationsleistungen*

*Handlungsempfehlung 3.2.2.5:  
Rehabilitation – Entscheidungsautonomie*

*Handlungsempfehlung 3.2.2.6:  
Rehabilitation – Zielgruppenspezifische Angebote*

*Handlungsempfehlung 3.2.2.7:  
Rehabilitation – Geriatrische Ausbildung*

*Handlungsempfehlung 3.2.2.8:  
Rehabilitation – Telerehabilitation*

*Handlungsempfehlung 3.2.2.9:  
Rehabilitation – Qualitätssicherung*

*Handlungsempfehlung 3.2.2.10:  
Rehabilitation – Vernetzung der Versorgungsstrukturen*

*Handlungsempfehlung 3.2.2.11:  
Rehabilitation – Finanzierung*

*Handlungsempfehlung 3.2.3.1:  
Krankenhaus – Qualitätssicherung*

*Handlungsempfehlung 3.2.3.2:  
Krankenhaus – Geriatrische Versorgung*

*Handlungsempfehlung 3.2.3.3:  
Krankenhaus – Personalsituation*

*Handlungsempfehlung 3.2.3.4:  
Krankenhaus – Entlassungsmanagement*

*Handlungsempfehlung 3.3.1:  
Pflegebedürftigkeit in Baden-Württemberg*

*Handlungsempfehlung 3.3.2:  
Beratung*

*Handlungsempfehlung 3.3.3:  
Familiäre Pflege*

*Handlungsempfehlung 3.3.4:  
Bürgerschaftliches Engagement*

*Handlungsempfehlung 3.3.6:  
Wohnen in der eigenen Häuslichkeit*

*Handlungsempfehlung 3.3.7:  
Wohnen im Pflegeheim*

*Handlungsempfehlung 3.3.8:  
Lebensraum Quartier*

*Handlungsempfehlung 3.3.9:  
Alternative Wohnformen*

*Handlungsempfehlung 3.3.10:  
Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege*

*Handlungsempfehlung 3.3.11:  
Sektorale Trennung*

*Handlungsempfehlung 3.4.1:  
Gendersensible Pflege*

*Handlungsempfehlung 3.4.2:  
Kultursensible Pflege*

*Handlungsempfehlung 3.4.3:  
Menschen mit demenzieller Erkrankung*

*Handlungsempfehlung 3.4.4:  
Menschen mit Behinderung*

*Handlungsempfehlung 3.4.5:  
Psychische Gesundheit*

*Handlungsempfehlung 3.4.6:  
Palliativversorgung*

*Handlungsempfehlung 3.5.1:  
Belastungen am Arbeitsplatz*

*Handlungsempfehlung 3.5.2:  
Bezahlung*

*Handlungsempfehlung 3.5.3:  
Personalschlüssel, Personalmix, Qualifikationsmix*

*Handlungsempfehlung 3.5.4:  
Fachkraftquote*

*Handlungsempfehlung 3.5.5:  
Familie und Beruf*

*Handlungsempfehlung 3.5.6:  
Pflegekräfte mit Migrationshintergrund*

*Handlungsempfehlung 3.5.7:  
Ausländische Betreuungskräfte*

*Handlungsempfehlung 3.6.1:  
Attraktivität der Ausbildung*

*Handlungsempfehlung 3.6.2:  
Ausbildungsbedingungen*

*Handlungsempfehlung 3.6.3:  
Ausbildungsinhalte*

*Handlungsempfehlung 3.6.4:  
Praxisanleitung*

*Handlungsempfehlung 3.6.5:  
Aufstiegsmöglichkeiten und Karrierewege*

*Handlungsempfehlung 3.6.6:  
Weiterbildung*

*Handlungsempfehlung 3.6.7:  
Akademisierung der Pflegeberufe*

*Handlungsempfehlung 3.6.8:  
Pflegewaterwissenschaft und Pflegeforschung*

*Handlungsempfehlung 3.6.9:  
Handlungsautonomie*

*Handlungsempfehlung 3.7.1:  
Strukturmodell zur Entbürokratisierung*

*Handlungsempfehlung 3.7.2:  
Pflegedokumentation*

*Handlungsempfehlung 3.7.3:  
Prüfungen durch Heimaufsicht und MDK*

*Handlungsempfehlung 3.7.4:  
Sicherung der Pflegequalität*

*Handlungsempfehlung 3.8.1:  
Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*

*Handlungsempfehlung 3.8.2:  
Investitionskosten*

*Handlungsempfehlung 3.8.3:  
Häusliche Krankenpflege*

*Handlungsempfehlung 3.8.4:  
Sektorengrenzen*

## Bericht

Nach Rückmeldung des fachlich zuständigen Sozialministeriums, war aufgrund der hohen Anzahl an Stellungnahmen keine fristgerechte Abgabe des Berichts möglich, woraufhin am 19. Juli 2016 eine Fristverlängerung bis zum 28. Oktober 2016 beantragt und durch den Landtag gewährt wurde.

Mit Schreiben vom 26. Oktober 2016 – Az.: III-5030 – berichtet die Landesregierung (hier: Staatsministerium) wie folgt:

Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege ist vor dem Hintergrund des demografischen Wandels eine der größten gesellschaftlichen Herausforderungen der nächsten Jahre. Mit der Einberufung der Enquetekommission am 27. März 2014 hatte der Landtag der hohen Bedeutung dieses Themas entsprechend die vorhandene Expertise gebündelt und daraus fundierte Handlungsempfehlungen für die Zukunft entwickelt.

Da zahlreiche Handlungsempfehlungen auch den bundesrechtlichen Rahmen betreffen oder sich an Verbände und Kommunen richten, kann die Umsetzung der erzielten Ergebnisse nur durch eine ressort- und die Verwaltungsebenen übergreifende Zusammenarbeit gelingen. Daher wurde der beigefügte Bericht im Einvernehmen mit dem Ministerium für Finanzen, dem Ministerium für Kultus, Jugend und Sport, dem Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz, dem Ministerium für Verkehr, dem Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst sowie dem Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau erstellt.

Zum Teil sind die beschriebenen Maßnahmen bereits beschlossen und befinden sich in der Umsetzung. Im Hinblick auf die notwendige Konsolidierung des Haushalts und dem damit einhergehenden begrenzten finanzwirtschaftlichen Spielraum stehen alle weiteren Maßnahmen unter dem Vorbehalt der Finanzierbarkeit und bedürfen einer Ministerratsentscheidung.

Der nun vorliegende Bericht äußert sich zu den Maßnahmen zur Umsetzung der folgenden Handlungsempfehlungen:

- 3.1 Pflege und Gesellschaft,
- 3.2 Prävention, Rehabilitation und Akutversorgung,
- 3.3 Lebensgestaltung bei Pflege- und Unterstützungsbedarf,
- 3.4 Besondere Aspekte bei der Pflege und Betreuung,
- 3.5 Arbeitsbedingungen,
- 3.6 Aus- und Weiterbildung,
- 3.7 Bürokratie, Dokumentation und Qualitätssicherung und
- 3.8 Generationengerechte Finanzierung.

**Bewertung der Handlungsempfehlungen der Enquetekommission  
„Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und  
generationengerecht gestalten (Pflege)“**

– Drucksache 15/7980

Die Landesregierung berichtet wie folgt:

*Der Landtag wolle beschließen,  
die Landesregierung zu ersuchen*

*b) dem Landtag bis zum 28. September 2016 eine Bewertung zu den Handlungsempfehlungen 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.4, 3.2.1.1, 3.2.1.2, 3.2.1.3, 3.2.1.4, 3.2.1.5, 3.2.2.1, 3.2.2.2, 3.2.2.3, 3.2.2.4, 3.2.2.5, 3.2.2.6, 3.2.2.7, 3.2.2.8, 3.2.2.9, 3.2.2.10, 3.2.2.11, 3.2.3.1, 3.2.3.2, 3.2.3.3, 3.2.3.4, 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4, 3.3.6, 3.3.7, 3.3.8, 3.3.9, 3.3.10, 3.3.11, 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3, 3.4.4, 3.4.5, 3.4.6, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.5.4, 3.5.5, 3.5.6, 3.5.7, 3.6.1, 3.6.2, 3.6.3, 3.6.4, 3.6.5, 3.6.6, 3.6.7, 3.6.8, 3.6.9, 3.7.1, 3.7.2, 3.7.3, 3.7.4, 3.8.1, 3.8.2, 3.8.3 und 3.8.4 vorzulegen, bis zum 31. Januar 2017 mitzuteilen, welche Maßnahmen zur Umsetzung dieser Empfehlungen beabsichtigt sind und danach jeweils zeitnah über das Ergebnis der Umsetzung der Empfehlungen zu berichten.*

Die Landesregierung übermittelt im Einvernehmen mit dem Ministerium für Finanzen, dem Ministerium für Kultus, Jugend und Sport, dem Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz, dem Ministerium für Verkehr, dem Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst sowie dem Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau eine Bewertung zu den Handlungsempfehlungen.

Grundsatz zu den nachfolgenden Punkten:

Zum Teil sind die beschriebenen Maßnahmen bereits beschlossen und befinden sich in der Umsetzung. Im Hinblick auf die notwendige Konsolidierung des Haushalts und dem damit einhergehenden begrenzten finanzwirtschaftlichen Spielraum stehen alle weiteren Maßnahmen unter dem Vorbehalt der Finanzierbarkeit und bedürfen einer Ministerratsentscheidung.

### **3.1.1 Pflege als gesamtgesellschaftliche Herausforderung**

*a) Neue Formen im Leistungserbringungsrecht sollen genutzt und erprobt werden.*

Die Landesregierung teilt die Einschätzung der Enquetekommission, neue Formen im Leistungserbringungsrecht zu erproben und bezieht daher solche Vorschläge in dem durch Landesmittel geförderten „Innovationsprogramm Pflege“ mit ein.

*b) Fachlich innovative Konzepte sollen behördlicherseits unterstützt werden, das gilt insbesondere bei der Entstehung von neuen Wohnformen.*

Die Landesregierung befördert durch das durch Landesmittel geförderte „Innovationsprogramm Pflege“ innovative Konzepte bei der Entstehung neuer Wohnformen, wie beispielsweise ambulant betreute Wohngemeinschaften oder „ambulantisierte“ Pflegeheime als Ergänzung des herkömmlichen Pflegeangebots. Die Landesregierung fördert dabei auch im Rahmen des „Innovationsprogramms Pflege“ die Fachstelle ambulant unterstützte Wohnformen. Im Bereich des Heimrechts wird den Empfehlungen der Enquetekommission insoweit Rechnung getragen, dass ambulant betreute und selbständig organisierte Wohngemeinschaften im Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) Berücksichtigung gefunden haben und als weitere Wohnformen für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf und Menschen mit Behinderung anerkannt werden. Außerdem besteht die Mög-

lichkeit, andere fachlich innovative Konzepte im Rahmen der Erprobungsregelung des § 31 WTPG umzusetzen und auf ihre Praxistauglichkeit zu erproben.

Mit der Erstellung und Verbreitung der Broschüre „Kompass Seniorenpolitik – Politik für Seniorinnen und Senioren in Baden-Württemberg“ hat die Landesregierung dazu beigetragen, fachlich innovative Konzepte im Land bekannt zu machen. Insbesondere mit dem Kapitel „Selbstbestimmt leben“ und seinen Abschnitten zum Wohnen, zum altersfreundlichen Umfeld, zur Nutzung von Technik beim Wohnen und zur Pflege hat es dazu beigetragen, die wichtigsten Anliegen älterer Menschen bei diesen Themen zusammenzufassen, die politischen Ziele zu formulieren und zu beschreiben, welche innovativen Maßnahmen die Landesregierung und andere Akteure bereits ergriffen haben oder aktuell planen.

Die Landesregierung begrüßt die mit der Unterstützung fachlich innovativer Pflegekonzepte verbundene Förderung neuer Wohnformen, die geeignet sind, soziale Aspekte der Siedlungsentwicklung im Allgemeinen und der Innenentwicklung im Besonderen zu befördern. Insbesondere auch in Kommunen im ländlichen Raum fördern die im Enquetebericht benannten Ziele der Quartiersentwicklung und der Stärkung der Nahversorgung die Bemühungen der Landesregierung, die Innenentwicklung zu stärken und so weiterer Flächenversiegelung entgegenzuwirken.

Soweit Fragen der Mobilität und der Gestaltung unserer Infrastruktur angesprochen sind, gehen die Empfehlungen in die gleiche Richtung, wie sie die Landesregierung im „Kompass Seniorenpolitik – Politik für Seniorinnen und Senioren in Baden-Württemberg“ oder in der „Nachhaltigkeitsstrategie Baden-Württemberg“ formuliert hat.

*c) Es sind Governancestrukturen zu befördern, die auf Kooperation von Unternehmen und Zivilgesellschaft abzielen. Beispielhaft seien hier die Tagespflege in Unternehmen, Kooperationen von Beförderungsunternehmen und Kfz-Wirtschaft, Bürgerbusse oder Kooperationen zwischen Pflegediensten und therapeutischen Praxen genannt.*

Die von der Landesregierung aufgelegte Broschüre „Kompass Seniorenpolitik – Politik für Seniorinnen und Senioren in Baden-Württemberg“ äußert sich auch in einem Themenschwerpunkt zur Mobilität älterer Menschen, vor allem im ländlichen Raum, wo es nicht mehr zu allen Tageszeiten leicht ist, die Ziele älterer Menschen oder der sie betreuenden Personen mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Die Landesregierung arbeitet darauf hin, diese Situation nachhaltig zu verbessern und unterstützt dabei auch innovative Mobilitätsmodelle wie Bürgerbusse. Mit dem Grundlagenpapier „Bürgerbusse und Gemeinschaftsverkehr – Bausteine der ländlichen Mobilität in Baden-Württemberg“ hat die Landesregierung zusammengefasst aufgezeigt, welche verschiedenartige Modelle der Mobilität durch „Gemeinschaftsverkehr“ es gibt und wie sie auf die Interessen der Menschen eingehen können. Die Bedeutung dieser Mobilitätsformen für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen liegt auf der Hand. Das Grundlagenpapier ist damit eine wichtige Arbeitsgrundlage für Initiativen auf dem Gebiet der Mobilität.

### **3.1.2 Würde und Selbstbestimmung im Alter**

*a) Um die Möglichkeiten der altersgerechten Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben auch bei den Endkunden bekannt zu machen, sollen Multiplikatoren eingesetzt werden. AAL-Lotsen oder Senioren-Technik-Botschafter könnten gemeinsam mit dem örtlichen Handwerk praxisbezogen informieren. Alle Akteure in Bauwirtschaft und Handwerk sollen in Bezug auf AAL geschult und sensibilisiert werden. Die Vermittlung von AAL muss verbraucherfreundlich gestaltet werden, damit sie tatsächlich wirkt. Außerdem ist die finanzielle Förderung des Technologieeinsatzes durch die Pflegeversicherung zu prüfen.*

Die Landesregierung hat sich das Ziel gesetzt, älteren und/oder mobilitätseingeschränkten Menschen so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben in der vertrauten Wohnung zu ermöglichen. Bei dem aktuell großen Wohnraumbedarf in Baden-Württemberg ist bei Wohnungsneubauten auch besonders darauf zu ach-



ten, dass den sozialen Aspekten Rechnung getragen wird, indem Treffpunkte und Begegnungsmöglichkeiten im Gebäude sowie im Quartier geschaffen werden. Altersgerechte Assistenzsysteme können älteren Menschen helfen, den Alltag weitestgehend allein zu bewältigen.

Die Potenziale von Altersgerechten Assistenzsystemen für ein selbstbestimmtes Leben (Ambient Assisted Living – AAL) sollten unbedingt verstärkt genutzt werden. AAL-Systeme müssen aber zukunftsfähig sowie upgradefähig sein und dürfen nicht in kurzer Zeit veralten. Zudem sind bei der Entwicklung solcher Systeme die sensorischen Einschränkungen von Seniorinnen und Senioren zu berücksichtigen, damit die Benutzbarkeit gewährleistet ist.

Um die Möglichkeiten der altersgerechten Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben auch bei den Endkundinnen und Endkunden bekannt zu machen, sollen Multiplikatoren eingesetzt werden. AAL-Lotsin und -Lotsen oder Seniorinnen-Technik-Botschafterin und Senioren-Technik-Botschafter könnten gemeinsam mit dem örtlichen Handwerk praxisbezogen informieren. Hier können auch die in Baden-Württemberg bestehenden Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren Wegbereiter sein und aufgrund ihrer Fachkompetenz eine Beratung der AAL-Lotsin und -Lotsen oder Seniorinnen-Technik-Botschafter durchführen.

Die Landesregierung fördert Peer-to-peer Beratung wie AAL-Lotsin und -Lotsen oder Seniorinnen-Technik-Botschafterin und Senioren-Technik-Botschafter in verschiedenen Modellprojekten und beabsichtigt, die Erfahrungen hierzu systematisch auswerten zu lassen und die Ergebnisse der Öffentlichkeit vorzustellen.

In zahlreichen Projekten im Rahmen der Förderungen durch das Impulsprogramm „Medizin und Pflege“ sowie durch das „Innovationsprogramm Pflege“ wurden auf der einen Seite technische Produkte auf ihre Tauglichkeit hinsichtlich des Einsatzes im Falle der Pflegebedürftigkeit untersucht, auf der anderen Seite aber auch die sich durch den Einsatz solcher Produkte ergebenden Interaktionen zwischen den Akteuren.

Dabei konnten bisher Erfolge erzielt werden wie die Implementierung des „LebensPhasenHauses“ in Tübingen und eines „Marktes für technische Assistenzsysteme“ in einem Stuttgarter Sanitätshaus oder der Einsatz technischer Kommunikationsmöglichkeiten für ältere Menschen im ländlichen Raum und städtischen Quartieren im Projekt „SONIA“.

In enger Kooperation von Sozial- und Wirtschaftsministerium ist in der „Smart Home & Living“-Initiative eine entsprechende auf das Handwerk ausgerichtete Projektlinie gestartet worden. Dort werden Projektlinien für eine größere Verbreitung von AAL Technologien – auch im Verantwortungsbereich von Kranken- und Pflegeversicherung – derzeit erarbeitet.

Um den Einsatz altersgerechter Assistenzsysteme landesweit zu stärken, müssen vielfältige Akteure zusammengebracht, die Informationen zu AAL über Multiplikatoren stärker gestreut und Vertriebswege transparent gemacht werden.

Das Wissenschaftsministerium fördert in den Jahren von 2012 bis 2017 mit Mitteln in Höhe von 2 Mio. Euro das Zentrum für angewandte Forschung (ZAFH) „Ambient Assisted Living – AAL“, das im November 2012 unter Leitung der Hochschule Furtwangen gegründet wurde. Dort werden innovative Systeme und Technologien zur Unterstützung eines selbstständigen Lebens bis ins hohe Alter sowie zur Sicherung sozialer Beziehungen und Teilhabe für Menschen mit Hilfebedarf entwickelt. Die dabei entstehenden Systeme und Technologien werden in einem interdisziplinären Verbund unter Berücksichtigung gerontologischer und sozialwissenschaftlicher Aspekte entwickelt. Typische Anwendungen von „AAL“ sind z. B. die Erkennung von Gefahrensituationen wie Sturz und Brandgefahr oder auch Erinnerungssysteme zur Medikamenteneinnahme. Die Besonderheit des Zentrums besteht in der engen Verflechtung verschiedener Fachbereiche, wie z. B. den Ingenieurwissenschaften, der Informatik, der Soziologie, der Pflegewissenschaft sowie der Gerontologie.

Die Landesregierung geht davon aus, dass es im Bereich altersgerechter Assistenzsysteme eine ganze Reihe von Produkten und Lösungsansätzen gibt, die geeignet sind, die Lebensqualität, Eigenständigkeit und Sicherheit von Pflegebedürftigen zu verbessern und die Arbeit der Pflegenden (sowohl professionell als auch informell) zu erleichtern. Das Spektrum reicht von einfachen elektronischen

Geräten bis hin zu komplexen Lösungen, die unterschiedliche Dienstleister miteinander vernetzen, von Lösungen zur allgemeinen Lebensunterstützung (Komfortcharakter) bis hin zur Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und Krankheit. Eine belastbare Kosten-Nutzen-Abschätzung einzelner Lösungen aus der Sicht der Pflegeversicherung war jedoch bislang nicht möglich, da nur wenige Ansätze bereits Marktreife erlangt haben und insbesondere keine Studien zur Quantifizierung des Nutzens mit größeren Teilnehmerzahlen vorliegen.

Die Landesregierung hält weitere Untersuchungen für sinnvoll, die zur Effizienz des Mitteleinsatzes oder auch zu Kosten-Nutzen-Relationen für größere Populationen Aussagen treffen können und Grundlagen für eine Refinanzierung durch die Kostenträger legen können.

Bereits jetzt ist den Pflegekassen laut aktueller Rechtslage über § 40 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) die Bezuschussung von Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes, beispielweise durch technische Hilfen im Haushalt, ermöglicht. Darüber hinaus sollte den Pflegekassen aber auch die Fördermöglichkeit von Projekten im Bereich AAL eingeräumt werden.

*b) Die Landesregierung soll unter Einbindung von Pflegeversicherern und Trägern aus dem Pflegebereich eine öffentlichkeitswirksame Kampagne durchführen, deren Ziel es ist, in der Bevölkerung das Bewusstsein zur Vorsorge und der Prävention zu stärken.*

Die Landesregierung beabsichtigt, diese Empfehlung im Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention zu beraten.

*c) Die Landesregierung soll bei der Evaluation des Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetzes im Jahr 2017 (gem. § 34 WTPG) ein besonderes Augenmerk auf Teilhabekonzepte legen.*

Das (WTPG) verdeutlicht bereits mit dem gewählten Gesetzesnamen die Teilhabe am Leben in und an der Gesellschaft als zentrales Anliegen. Der Teilhabegedanke wurde als Auftrag auch in § 1 Abs. 1 Nr. 2 WTPG übernommen. Teilhabe und Selbstbestimmung der Menschen auch in den Pflege- und Behinderteneinrichtungen sind ein natürliches Recht und sollen aktiv gelebt werden. Erstmals mit dem WTPG werden gemeinschaftliche, teils selbstverantwortete Wohnformen für pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen unter staatlichen Schutz gestellt. Teilhabe erhält durch die Schaffung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften oder von Hausgemeinschaften im stationären Bereich sowie die Öffnung von Einrichtungen hin zum Quartier einen neuen Stellenwert.

Gemäß § 34 WTPG legt die Landesregierung dem Landtag von Baden-Württemberg bis zum 31. Dezember 2017 einen Bericht über die Auswirkungen der Neuregelungen des WTPG vor. In dem Bericht werden alle wesentlichen Aspekte behandelt, darunter natürlich auch die wichtige Zielsetzung der Teilhabe und die Entwicklung von Teilhabekonzepten. Eine wissenschaftliche Evaluation sieht § 34 WTPG nicht vor.

*Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „24-Stunden-Betreuung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.1.2 „Würde und Selbstbestimmung im Alter“:*

*Wir fordern, dass sich das Land Baden-Württemberg auf Bundesebene für die bessere gesetzliche und sozialrechtliche Absicherung der 24-Stunden-Hausbetreuung durch externe Betreuungskräfte einsetzt unter Einbindungen der Erfahrungen, die dazu in der Republik Österreich vorliegen, und ein Modellprojekt auflegt.*

### **3.1.3 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung**

- a) *Die Landesregierung soll alle eigenen Maßnahmen mit Auswirkung auf die pflegerische Versorgung speziell auf die Belange des ländlichen Raums hin überprüfen und erforderlichenfalls anpassen.*

Die Belange des Ländlichen Raumes sind der Landesregierung ein wichtiges Anliegen, welches insbesondere durch die Einrichtung eines Kabinettsausschusses Ländlicher Raum zum Ausdruck kommt. Der Kabinettsausschuss erarbeitet ressortübergreifend zukunftsorientierte Zielvorstellungen und konkrete Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung der Ländlichen Räume und für gleichwertige Lebensbedingungen in Stadt und Land, wozu u. a. auch die beim Ministerium für Soziales und Integration als federführendem Ressort angesiedelte pflegerische Versorgung im Ländlichen Raum zählt.

- b) *Die Landesregierung soll beim Bund und den Kommunen auf eine stärkere Sensibilisierung in Bezug auf die pflegerische Versorgung des ländlichen Raumes vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung hinwirken.*

Nach § 8 SGB XI wirken die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Die Landesregierung begrüßt, dass die Enquetekommission in der Stärkung der Rolle der Kommunen ein wichtiges Handlungsfeld sieht. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege hat im Mai 2015 ihre Arbeit abgeschlossen und Empfehlungen vorgelegt. Diese Empfehlungen sollen im 3. Pflegestärkungsgesetz (PSG III), das sich derzeit im Gesetzgebungsverfahren befindet, umgesetzt werden.

Ein wesentlicher Bestandteil der empfohlenen Maßnahmen ist die Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen durch die „Modellkommunen Pflege“. Sofern die hierfür gesetzlichen Rahmenbedingungen im PSG III entsprechend der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe geschaffen werden, wird die Landesregierung die Realisierung der „Modellkommunen Pflege“ auch weiterhin mit Nachdruck unterstützen. Auf die Ausführungen in 3.3.7 Pflegeinfrastruktur d) wird verwiesen. Auf Landesebene wird die im Enquetebericht angeregte und im Koalitionsvertrag vereinbarte Unterstützung der Kommunen bei der Quartiersentwicklung einen deutlichen Schub bei der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum bewirken.

- c) *Die Enquetekommission appelliert an die Rahmenvertragspartner, die Refinanzierung der Fahrzeiten ambulanter Dienste zu prüfen.*

Die Landesregierung unterstützt diese Empfehlung.

- d) *Die Landesregierung soll Forschungsprojekte über den Zusammenhang der Aussicht auf die Bewilligung von Pflegeleistungen und der Herkunft der Menschen mit Pflegebedarf initiieren, damit den Aspekten sozialer Ungleichheit besser abgeholfen werden kann.*

- e) *Die Landesregierung soll den Gesundheitsstatus von pflegenden Angehörigen in Baden-Württemberg mittels einer wissenschaftlichen Studie erheben, damit pflegende Angehörige gezielt unterstützt werden können.*

Die Landesregierung prüft die Vergabe von Forschungsprojekten und bezieht solche Vorschläge in dem durch Landesmittel geförderten „Innovationsprogramm Pflege“ mit ein.

### **3.1.4 Wertschätzung der Pflege**

*Um die Wertschätzung für die Pflege in unserer Gesellschaft zu fördern, empfiehlt die Enquetekommission der Landesregierung:*

- a) zu prüfen, inwiefern die Bildungspläne angepasst werden müssen, um bereits in der Schule eine stärkere Sensibilisierung für das Thema Pflege zu erreichen;*

Das Thema „Pflege“ ist in den Bildungsplänen 2016, die seit dem Schuljahr 2016/2017 implementiert werden, bereits umfassend verankert. In der Sekundarstufe I bietet sich z. B. eine Reihe von Anknüpfungspunkten auf unterrichtlicher Ebene, insbesondere in Biologie, im Wahlpflichtfach Alltagskultur, Ernährung, Soziales sowie im Ethikunterricht. Die Leitperspektive „Prävention und Gesundheitsförderung“, die sich u. a. mit „Körper und Hygiene“, „Ernährung“, „Sucht und Abhängigkeit“ neben „Wahrnehmung und Empfindung“ und „Selbstregulation und Lernen“ befasst, gewährleistet, dass Berührungspunkte zum Thema „Pflege“ spiralcurricular über alle Fächer und Klassenstufen hinweg in den Bildungsplänen 2016 verankert sind.

- b) gemeinsam mit Einrichtungsträgern, Verbänden und Gewerkschaften aus dem Pflegebereich eine Kampagne durchzuführen mit dem Ziel, für Freiwilliges Soziales Jahr und Bundesfreiwilligendienst mehr Plätze in der Pflege zur Verfügung zu stellen und tatsächlich zu besetzen sowie mehr junge Männer für den Pflegeberuf zu interessieren.*

Die Landesregierung befürwortet diese Empfehlung grundsätzlich. Vor allem in weniger nachgefragten Einrichtungen ist es notwendig, die Attraktivität eines Einsatzes zu erhöhen. Eine Landeskampagne könnte sich allerdings nur auf das Freiwillige Soziale Jahr beziehen, da der Bundesfreiwilligendienst in alleiniger Zuständigkeit des Bundes liegt. Da im Freiwilligen Sozialen Jahr die Einsatzstellen für die Kosten des Einsatzes der Freiwilligen aufkommen, wird verbandsseitig eine Änderung der Rahmenbedingungen zur Steigerung der Platzzahlen gefordert. An allgemeinbildenden Schulen bieten die Bildungspläne 2016, der jährlich stattfindende „Boys‘ Day“ und das Projekt „Boys‘ Day Akademie“ für männliche Jugendliche vielfältige Möglichkeiten, sich abseits der gewohnten Rollenbilder mit Pflegeberufen auseinanderzusetzen.

#### **3.2.1.1 Prävention von Pflegebedürftigkeit**

- a) Die Landesregierung soll eine Arbeitsgruppe mit dem Auftrag einsetzen, die präventiven Inhalte und Prozesse zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit daraufhin zu prüfen, inwieweit diese für Baden-Württemberg geeignet erscheinen, die Prozesse der Umsetzung zu definieren und dabei eine Priorisierung vorzunehmen.*

Mit der Errichtung des Landesausschusses für Gesundheitsförderung und Prävention nach § 8 Landesgesundheitsgesetz verfolgt die Landesregierung auch das Ziel, die Prüfung und Etablierung präventiver Prozesse zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit voranzutreiben.

Im Geriatriekonzept des Landes hat die Prävention einen hohen Stellenwert. Die kommunalen Akteure werden neben Hausarztpraxen, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen als zentrale Ansprechpartner für Gesundheitsförderung und Prävention benannt. Den Kommunalen Gesundheitskonferenzen kommt als regionalen Informations- und Kommunikationsplattformen von Akteuren im Gesundheitsbereich eine große Bedeutung zu. Für die Entwicklung von speziell ausgerichteten, nicht stigmatisierenden Angeboten für Menschen in besonderen, schwierigen und belastenden Lebenslagen, für mobilitätseingeschränkte ältere Menschen und für demenziell erkrankte Menschen sind die Krankenkassen, Kommunen und medizinischen Versorger gefordert, vielfältige niederschwellige Angebote im Sozialraum zu entwickeln.

Die Strukturen bürgerschaftlichen Engagements in Baden-Württemberg können dabei genutzt werden. Vielfältige Aufgaben bestehen hier für die Geriatrien

Schwerpunkte und Zentren in Vernetzungsarbeit und Zusammenstellung von Präventionsangeboten im Kreis, in der Werbung für diese Präventionsangebote in Fortbildungen u. a. für Leiter von diversen Gruppen ehrenamtlich Engagierter, z. B. in den Stadt-/Kreisseniorenräten wie auch in der Mitwirkung bei der Fortbildung von Übungsleitern zur Sturzprävention (z. B. Erläutern geriatrischer Syndrome, Umgang mit dementen Menschen, Mobilitätstests) im Sinne von „train the trainer“.

*b) Die Landesregierung regt beim Bund die Evaluation des im Präventionsgesetz vorgesehenen Präventionsauftrags der sozialen Pflegeversicherung in Bezug auf gesundheitsfördernde Angebote in stationären Pflegeeinrichtungen an.*

Das Präventionsgesetz sieht in § 20 d Abs. 4 vor, dass die Nationale Präventionskonferenz (NPK) alle vier Jahre einen Präventionsbericht vorlegt, erstmals zum 1. Juli 2019. Dieser Bericht umfasst auch das Ziel „Gesund im Alter“ und spricht hier insbesondere die Zielgruppe Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen an.

Die in den Bundesrahmenempfehlungen der NPK festgelegten Dokumentations- und Berichtspflichten umfassen auch diesen Bereich. „Der Präventionsbericht dient der Dokumentation, der Erfolgskontrolle und der Evaluation der Präventionsstrategie im Zeitverlauf. Damit bietet er eine Basis für qualitätsgesicherte Weiterentwicklung der Leistungen“ (S. 30, Ziffer 4). Eine darüber hinausgehende Evaluation beim Bund einzufordern, ist aus Sicht der Landesregierung deshalb nicht erforderlich.

*c) Es sollen unter Beteiligung der maßgeblichen Akteure Maßnahmen für eine Verbesserung der ärztlichen Versorgungssituation in den Heimen eingeleitet werden. Hier ist insbesondere für bessere Arbeitsbedingungen und eine attraktivere Vergütung beim Einsatz von Ärztinnen und Ärzten in der stationären Altenhilfe zu sorgen. Durch eine bessere ärztliche Versorgung in der stationären Altenhilfe kann dort ein gezielteres Präventionsangebot aufgebaut und umgesetzt werden (siehe auch Abschnitt 3.3.7 „Wohnen im Pflegeheim“).*

Die Landesregierung misst der Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen im Pflegeheim große Bedeutung zu. Den Ärztinnen und Ärzten sollte schon im Rahmen der Aus- und Weiterbildung entsprechendes Wissen bezüglich den heute vorhandenen medizinischen Möglichkeiten vermittelt werden, um dadurch auch einen Motivationsanreiz zu setzen.

Prävention gehört zu den Regelleistungen stationärer Pflegeeinrichtungen. Ärzte und Zahnärzte im Pflegeheim erbringen Präventionsleistungen beispielsweise durch Vorsorgeuntersuchungen, Gripeschutzimpfungen oder Maßnahmen der Zahnprophylaxe.

Speziell für den zahnärztlichen Bereich wird darauf hingewiesen, dass die Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KZV BW) mit dem BKK Landesverband Süd eine Vereinbarung über die Qualitätsverbesserung der vertragszahnärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen geschlossen hat. Diese seit 1. April 2014 gültige Vereinbarung regelt die Zahlung von Zuschlägen zu erbrachten Leistungen, wenn die Zahnärzte im Rahmen der Behandlung mobile elektronisch betriebene Arbeitsgeräte (z. B. rotierende Instrumente, Ultraschallgeräte, Polymerisationslampen) vor Ort im stationären Pflegeheim einsetzen. Die Vereinbarung gilt für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg, die einer Pflegestufe nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45 a SGB XI eingeschränkt sind. Durch die Vereinbarung soll die Notwendigkeit zusätzlicher Besuche in der Praxis vermieden werden.

Das Sozialministerium fördert mit dem Ziel der Verbesserung der medizinischen Versorgung u. a. ein Modellprojekt und das Projekt AmbuNet (Sektorenübergreifende Kooperation zur Verbesserung der medizinisch-/pflegerischen Versorgung im ländlichen Raum mittels innovativer Technologien und Servicekonzepten). In diesen Modellversuchen werden als wichtige Aspekte besserer Arbeitsbedingungen der Ärzte in Heimen engere Formen der Kooperation zwischen Ärzten und

Heimen erprobt. In ersterem Projekt sind entsprechend auch Vergütungsregelungen projektbegleitend vereinbart. Die Ergebnisse sollten künftig auch in Kooperationsverträge nach § 119b Sozialgesetzbuch V (SGB V) einfließen.

Weitere Ansätze, eine verbesserten Kooperation und Vernetzung zu schaffen, wie die Vereinbarungen im Hausärztervertrag der AOK oder das Netzwerk Gesundes Kinzigtal, werden von der Landesregierung begrüßt und mit Interesse verfolgt.

Darüber hinaus wird auch auf die Ausführungen zu Abschnitt 3.3.7 „Wohnen im Pflegeheim/medizinische Versorgung“, Handlungsempfehlungen a) und c) verwiesen.

### 3.2.1.2 Präventionsbewusstsein

*Handlungsempfehlungen:*

*Aus Sicht der Enquetekommission muss die Bekanntheit von Präventionsangeboten weiter verbessert werden. Sie gibt dazu folgende Handlungsempfehlungen ab:*

- a) *Es soll ein einheitliches webbasiertes Verzeichnis (Internetportal) von Präventionsangeboten auf den Weg gebracht werden, in dem auch die funktionellen Anforderungen beschrieben werden. Dies wäre hilfreich, um auch die nicht von der Zentralen Prüfstelle für Prävention gelisteten Angebote vermitteln zu können.*

Bei den Angeboten der Zentralen Prüfstelle für Prävention werden Präventionskurse nach § 20 Abs. 1 SGB V geprüft und erhalten bei erfolgreicher Prüfung das Prüfsiegel „Deutscher Standard Prävention“. Dieses Prüfsiegel kann in den vier Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung/Entspannung und Suchtmittelkonsum als Zertifizierung für Präventionskurse, die von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannt sind, vergeben werden. Kosten für zertifizierte Präventionskurse werden dann anteilig oder vollständig übernommen. Die GKV und die PKV informieren die dort Versicherten umfassend auf den jeweiligen Internetseiten.

Weitere Präventionsangebote, die beispielsweise im Rahmen der Maßnahmen und Programme der kommunalen Gesundheitsförderung durchgeführt werden, können nicht landesweit in einem einheitlichen Verzeichnis vorgehalten werden. Versuche in der Vergangenheit, landesweite Datenbanken (Gesundheitsinformationsdienst) bereitzustellen, wurden inzwischen eingestellt, da dies nicht finanzierbar ist. Ein solches Angebot wird auch nicht befürwortet. Zielführender scheinen die von den Stadt- und Landkreisen bereits aufgebauten unterschiedlichen Informationsportale wie beispielsweise das Gesundheitsnetzwerk Schwarzwald-Baar <http://www.gesundheitsnetzwerk-sbk.de/gesundheits-finder.html>.

Für Angebote, die besonders dafür geeignet sind, die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern, besteht seit 2003 eine Datenbank der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Diese Praxisdatenbank, in der auch Projekte aus Baden-Württemberg eingetragen sind, wurde stetig weiterentwickelt und dient heute auch als ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. Aktuelles Beispiel ist die Altersfreundliche Kommune – Stadtteilanalyse Weinheim-West <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/altersfreundliche-kommune-stadtteilanalyse-weinheim-west/>.

- b) *Es soll geprüft werden, ob Versicherungsträger Patientinnen und Patienten nach einer Akutversorgung anschreiben können, um diese gezielt auf Präventionsprogramme in ihrem Umfeld hinzuweisen. Generell sollen Angebote intensiver beworben werden, beispielsweise durch Broschüren oder das bereits erwähnte Internetportal.*

Die Landesregierung begrüßt den Vorschlag, dass Versicherungsträger Patientinnen und Patienten nach einer Akutversorgung anschreiben sollten, um diese gezielt auf Präventionsprogramme in ihrem Umfeld hinzuweisen. Die Werbung für Angebote von privaten, gewerblichen Anbietern oder auch von Volkshochschulen und Sportvereinen ist Angelegenheit des jeweiligen Anbieters und kann vom Land aus wettbewerbsrechtlichen Gründen nicht unterstützt werden.

*c) Die Landesregierung regt beim Bund die Evaluation der im Präventionsgesetz vorgesehenen nationalen Präventionsstrategie an. Darin ist vorgesehen, dass eine Verständigung der Sozialversicherungsträger mit den Ländern unter Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit und den kommunalen Spitzenverbänden auf die konkrete Art der Zusammenarbeit bei der Gesundheitsförderung, insbesondere in den Kommunen, in Kindertageseinrichtungen, in Schulen, in Betrieben und in Pflegeeinrichtungen, stattfinden soll.*

Das Präventionsgesetz sieht in § 20 d Absatz 4 vor, dass die Nationale Präventionskonferenz (NPK) alle vier Jahre einen Präventionsbericht vorlegt, erstmals zum 1. Juli 2019. Dieser Bericht umfasst auch das Ziel Gesund im Alter. Die in den Bundesrahmenempfehlungen der NPK festgelegten Dokumentations- und Berichtspflichten umfassen auch diesen Bereich. „Der Präventionsbericht dient der Dokumentation, der Erfolgskontrolle und der Evaluation der Präventionsstrategie im Zeitverlauf. Damit bietet er eine Basis für eine qualitätsgesicherte Weiterentwicklung der Leistungen“.

Eine darüber hinausgehende Evaluation ist aus Sicht der Landesregierung nicht erforderlich [siehe auch Antwort zu 3.2.1.1 b)].

*d) Die Landesregierung soll Forschungsprojekte fördern, die sich mit der Bedeutung der Prävention für die Einzelnen, der Bedeutung für Betriebe und der volkswirtschaftlichen Bedeutung von Prävention befassen. In Bezug auf die Prävention von Pflegebedürftigkeit soll dabei auch erforscht werden, welche Auswirkungen Prävention (auch im Alter) auf die Pflegeversicherung haben könnte.*

Das Sozialministerium hat bereits 2013 das Gutachten: „Die Bedeutung der Prävention und Gesundheitsförderung für die wirtschaftliche Entwicklung Baden-Württembergs“ bei der BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH, Augsburg in Auftrag gegeben. In den Gutachten wurde eine quantitative Analyse der Prävention und Gesundheitsförderung durchgeführt, die den Entscheidungsträgern Informationen über die Struktur und die Effekte als Argumentationshilfe für präventive Maßnahmen liefert. Die 2015 veröffentlichte Studie wurde von der Robert Bosch Stiftung und dem Sozialministerium Baden-Württemberg gefördert. Dabei handelt es sich um eine erste Bestandsaufnahme der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung. Die Studie ist auf der Internetplattform zum Gesundheitsdialog unter <http://gesundheitsdialog-bw.de/index.php?id=26> eingestellt.

Die Auswirkung von Prävention auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sind darin berücksichtigt, nicht jedoch die Auswirkungen auf die Pflegeversicherung. Dies kann nach Auffassung der Landesregierung nicht im Rahmen eines Gutachten- oder Forschungsauftrags des Landes ermittelt werden.

### **3.2.1.3 Zielgruppenspezifische Angebote**

*Handlungsempfehlungen:*

*Um Präventionsangebote zielgruppenspezifischer auszurichten, gibt die Enquete-kommission folgende Handlungsempfehlung ab:*

*a) Die Enquetekommission sieht es als erforderlich an, bereits im Kindesalter auf eine gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung zu achten. Dieser positive Ansatz kann neben den Eltern gerade auch von Seiten der Kindergärten, Schulen und den Vereinen unterstützt werden. Denn auch diese können dazu beitragen, Kinder an eine gesunde Lebensweise heranzuführen. Durch eine gezielte Zusammenarbeit auf allen Ebenen kann so der Grundstein für ein gesundes Leben gelegt und die spätere Entstehung von Erkrankungen verhindert oder zumindest verzögert werden.*

Diese Empfehlung entspricht dem Auftrag aus dem Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention. Ein Leit-

satz lautet „Von Geburt an wird allen Menschen in Baden-Württemberg ein gesundheitsförderliches Aufwachsen und Leben ermöglicht“ (Gesundheitsleitbild, S. 11). Die Gesunderhaltung der Menschen ist Ziel der baden-württembergischen Gesundheitspolitik. Die gezielte Zusammenarbeit wird auf allen Ebenen ermöglicht. Die hierfür erforderlichen Gremien auf Landes- und kommunaler Ebene werden durch das Landesgesundheitsgesetz (LGG) geregelt. Zu nennen sind hier insbesondere der Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention, der sich mit landesweiten Strategien und Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention befasst und Empfehlungen erarbeitet (§ 8 LGG). Darüber hinaus wird kommunale Gesundheitsförderung durch die Initiative „Gesund aufwachsen und leben“ sowie zahlreiche weitere Aktivitäten in den Stadt- und Landkreisen, die durch die Kommunalen Gesundheitskonferenzen initiiert und begleitet werden, unterstützt.

Das Land unterstützt Eltern, Kitas und Schulen in Baden-Württemberg als Bildungspartner im Ernährungsbereich seit langem. Über die Landesinitiative BeKi – Bewusste Kinderernährung werden jährlich über 6.000 Unterrichtseinsätze und Elternveranstaltungen angeboten. Im Rahmen des Aktionsplans „Komm in Form – Initiative für clevere Ernährung in Baden-Württemberg“ werden darüber hinaus jährlich über 300 Fortbildungen zu Ernährungsinhalten für Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrkräfte angeboten.

*b) Weiter sollen Präventionsangebote in Schulen und Freizeiteinrichtungen gefördert werden. Hierzu regt die Enquetekommission den Ausbau der Versorgung mit Kinder- und Jugendtherapeutinnen und Kinder- und Jugendtherapeuten im Zusammenhang mit Krisenintervention an.*

Es ist grundsätzlich zu befürworten, in Schulen und Freizeiteinrichtungen sachgerechte Angebote zur Krisenintervention zu haben. Allerdings erscheint es fraglich, ob es für Kriseninterventionen gezielt eines Ausbaus des Angebots an Kinder- und Jugendpsychotherapeuten bedarf. Aus Sicht der Landesregierung ist vielmehr die Früherkennung von Krisen und deren Versorgung im Regelsystem der richtige Weg.

*c) Räumlichkeiten für Bewegungsangebote, insbesondere bei Sportvereinen, sind grundsätzlich knapp. Zudem stellen Kurse für alte Menschen zwar keine hohen, jedoch etwas andere Anforderungen als gemeinhin üblich (barrierefrei, kleinere Räume, Spiegelwand, andere Böden, komfortablere und die Privatsphäre besser respektierende Umkleidekabinen). Die Enquetekommission regt bei der Landesregierung an, dass insbesondere kleinere Vereine von einer inhaltlich gebundenen Investitionsförderung profitieren könnten. Weiter empfiehlt die Enquetekommission die Ausbildung von Übungsleiterinnen und Übungsleitern mit speziellen Programmen, zum Beispiel zur Sturzprävention.*

Als Erfolg versprechende Strategie zur kommunalen Bewegungsförderung mit älteren Menschen werden derzeit zunehmend „Bewegungstreffs im Freien“ von den Stadt- und Landkreisen und von einzelnen Kommunen implementiert. Hierzu wurde vom Landesgesundheitsamt auf Grundlage von Praxiserfahrungen eine Handlungsempfehlung „Wie gelingt ein Bewegungstreff im Freien“ erstellt. Für die Qualifikation der Bewegungsbegleiterinnen und -begleiter wurde in Kooperation mit dem Württembergischen Landessportbund e. V. in Zusammenarbeit mit Sportschulen ein Pilotvorhaben durchgeführt.

*d) Die Enquetekommission regt an, „Werbe“-Kampagnen für Präventionsangebote zu verstärken und diese zielgruppenspezifisch auszurichten. Das Angebotsspektrum soll dabei sämtliche Zielgruppen berücksichtigen, beispielweise Kinder, junge Menschen, ältere Menschen und Menschen mit Pflegebedarf. Dabei sollen die Angebote unabhängig von der jeweiligen Lebensumwelt zugänglich sein.*

*e) Derzeit werden Präventionsangebote besonders durch die Mittelschicht wahrgenommen. Ziel ist es, das Präventionsangebot so auszubauen, dass es von Allen wahrgenommen wird. Die Enquetekommission sieht Bedarf an besonderen*



*Präventionsangeboten für sozial Benachteiligte. Unter dieser Bevölkerungsschicht ist verstärkt auf die Verhältnisprävention zu setzen, da diese nicht auf das Verhalten der Einzelnen, sondern auf die Verhältnisse, in denen die Mensch leben, zielt. Präventionsprogramme entfalten ihre Wirkung dort, wo das Risiko am höchsten ist. Zudem bedarf es weiterer Forschung darüber, welche Präventionsansätze die Breite der Gesellschaft erreichen und wie wirksam sie sind.*

Aus Sicht der Landesregierung ist es wichtig, wie bereits unter 3.2.1 „Zugangswege zur Prävention“ beschrieben, die Menschen über den Setting-Ansatz unabhängig von der sozialen Lage in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld zu erreichen. Eine zielgruppenspezifische Ausrichtung kann auch bei Maßnahmen der kommunalen Gesundheitsförderung, beispielsweise in einer Stadt, einem Stadtteil oder einer Gemeinde, erfolgen. Qualitätsgesicherte Programme werden von der Landesregierung als Beispiele guter Praxis verbreitet (Praxisdatenbank der Koordinierungsstelle für gesundheitliche Chancengleichheit). Befürwortet wird auch die weitere Forschung in Bereich Gesundheitsförderung und Prävention.

*f) Die Enquetekommission empfiehlt, eine Studie in Auftrag zu geben, die das Ziel hat, die Auswirkungen von Präventionsmaßnahmen für Menschen mit Pflegebedarf zu erforschen.*

Die Landesregierung begrüßt diese Handlungsempfehlung.

#### **3.2.1.4 Niedrigschwellige Beratungsangebote**

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung den Ausbau einer landesweiten Struktur für zugehende Beratung nach dem Beispiel des präventiven Hausbesuchs (Modellprojekt „PräSenZ – Prävention für Senioren zu Hause“).

Die Landesregierung begrüßt die Empfehlung der Enquetekommission, niedrigschwellige, zugehende Strukturen und Hausbesuche als Präventionsangebote auszubauen. Präventive Hausbesuche stellen ein geeignetes Mittel dar, um insbesondere älteren Menschen frühzeitig und bezogen auf ihre individuelle Lebenssituation Wege aufzuzeigen, wie sie möglichst lange in ihrer vertrauten Umgebung leben und verbleiben können.

Erste Ergebnisse und Erfahrungen mit den im Rahmen des vom Land und von der gesetzlichen Pflegeversicherung in Auftrag gegebenen und bis Herbst 2017 geförderten konzeptionellen Ansätzen im Modellprojekt „PräSenZ – Prävention für Senioren zu Hause“ mit den Standorten Ulm, Rheinfelden und Neuweiler bestätigen das.

Vor diesem Hintergrund wird die Landesregierung nach erfolgreichem Abschluss des Modellprojekts „PräSenZ“ prüfen, wie das Angebot des präventiven Hausbesuchs als Instrument des Unterstützungs- und Versorgungssettings im Vor- und Umfeld von Pflege landesweit implementiert werden kann.

#### **3.2.1.5 Finanzierung**

*Handlungsempfehlungen:*

*Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, beim Bund die Evaluation der im Präventionsgesetz vorgesehenen verbesserten Finanzierung von Präventionsangeboten und der Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe anzuregen. Dabei soll geprüft werden, ob die bei der Entwicklung des Gesetzes beabsichtigten Verbesserungen eingetreten sind.*

Zur Evaluation des Präventionsgesetzes wird auf die Ausführungen bei 3.2.1.1 Ziffer b) sowie 3.2.1.2 c) verwiesen.

Über die Auswirkungen der höheren Förderung der Krankenkassen im Bereich gesundheitlicher Selbsthilfe liegen noch keine Erkenntnisse vor.

### **3.2.2.1 Rehabilitation – Versorgungssituation in Baden-Württemberg**

*Handlungsempfehlungen:*

*Es bedarf einer fundierten Datengrundlage über die Versorgungssituation im Bereich der Rehabilitation, daher gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:*

- a) Die Statistik über Einrichtungen der Rehabilitation (DeStatis, StaLa) wie auch über die Inanspruchnahme der Rehabilitation (Statistik KG5) ist durch eine Bundesratsinitiative von Baden-Württemberg zu verbessern und zu vereinheitlichen. Diagnosedaten sollen auch für Einrichtungen unter 100 Betten erhoben werden. Weiter soll die GKV-Statistik auch die Indikationsbereiche, die Diagnosen und den Wohnort der Patientinnen und Patienten aufführen.*
- b) Die statistische Erfassung der medizinischen Rehabilitation soll insgesamt überdacht und neu gefasst werden. Ein Gesamtkonzept soll in Abstimmung mit dem Bund und anderen Bundesländern erarbeitet werden. Es ist zu prüfen, inwieweit eine Meldepflicht für alle Kostenträger im Bereich der medizinischen Rehabilitation einzuführen ist.*

*Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung zu prüfen, ob das Rehabilitationsangebot in Baden-Württemberg ausreichend ist. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, ob hinreichend fachspezifische Rehabilitationsangebote flächendeckend vorhanden sind.*

*Die Enquetekommission empfiehlt die Umsetzung der Ergebnisse der bereits laufenden wissenschaftlichen Evaluation des Landes zusammen mit der AOK BW.*

Die Forderungen der Enquetekommission hinsichtlich einer fundierten Datengrundlage über die Versorgungssituation im Bereich der Rehabilitation werden als sinnvoll erachtet.

Ob es hierzu einer Bundesratsinitiative von Baden-Württemberg bedarf und inwieweit eine Meldepflicht für alle Kostenträger im Bereich der medizinischen Rehabilitation einzuführen ist, muss geklärt werden. Ebenso die einzelnen Abfragekriterien der Statistiken.

Zum Anliegen einer Überprüfung des Rehabilitationsangebotes durch die Landesregierung ist zu bemerken, dass Rehabilitationseinrichtungen – anders als bei Krankenhäusern – keiner staatlichen Planung unterliegen. Dies betrifft auch das Angebot von Rehabilitationsmaßnahmen. Die Rehabilitationseinrichtungen sind gehalten, durch Qualität und entsprechende Rehabilitationsangebote die Kostenträger und die Patienten zu überzeugen. Seitens der Landesregierung ist eine flächendeckende stationäre und ambulante (Geriatrische) Rehabilitation als Ziel anzustreben. Dies kann nur durch die konstruktive Zusammenarbeit aller Akteure erreicht werden.

### **3.2.2.2 Geriatrische Rehabilitation**

*Die Enquetekommission betrachtet es als wichtiges Ziel, die geriatrische Rehabilitation zu stärken, und gibt dazu folgende Handlungsempfehlungen:*

- a) Die geriatrische Rehabilitation soll, als geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung während der akutstationären Krankenhausbehandlung weiterhin, sowohl im Akutbereich als auch in speziellen Rehabilitationskliniken angeboten werden.*

Die Landesregierung sieht die Geriatrische Rehabilitation als eine wesentliche Säule in der Sicherung der Lebensqualität und der medizinischen Versorgung älterer Menschen in Baden-Württemberg und von zentraler Bedeutung auch für die Pflegeinfrastruktur des Landes. Denn nur wenn es gelingt, durch effiziente und qualifizierte geriatrische Leistungen Pflegebedürftigkeit zu verhindern, abzumildern oder hinauszuzögern, wird das übergeordnete Ziel, den Menschen ein mög-

lichst selbständiges Leben im angestammten häuslichen Umfeld zu ermöglichen, erreichbar sein.

Rehabilitative Behandlung sollte immer und besonders in der Geriatrie so früh wie möglich, also bereits während der Krankenhausbehandlung beginnen. Es ist notwendig, bereits bei Aufnahme einen geriatrischen Behandlungsbedarf zu erkennen. Dazu empfiehlt die Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrie den Geriatrie-Check, mit dem bereits innerhalb des Aufnahmeprozesses festgestellt werden kann, ob es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um geriatrische Patienten handelt. Die Empfehlung des Geriatrie-Checks findet sich bereits im Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014 wieder.

Die geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung ist bei medizinischer Notwendigkeit Teil der Akutbehandlung. Die geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung, die eine Krankenhausbehandlung darstellt mit einem Fokus auf rehabilitative Angebote, ist von Geriatrischer Rehabilitation im engeren Sinne abzugrenzen, denn Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlung sind leistungs- und vertragsrechtlich strikt voneinander zu trennen.

Eine Geriatrische Rehabilitation im eigentlichen Sinn ist nur möglich, wenn die Krankheitsschwere keine Behandlung im Krankenhaus (mehr) erfordert. Die Geriatrische Rehabilitation erfolgt oft im Rahmen einer Anschlussrehabilitation, d. h. der Rehabilitationsantrag wird aus dem Krankenhaus gestellt. Das Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014 berücksichtigt ein vereinfachtes Verfahren bei Anträgen für die Geriatrische Rehabilitation.

Im Unterschied zur Krankenhausversorgung liegt der Sicherstellungsauftrag für die Rehabilitation bei den Krankenkassen. Da die Landesregierung die sehr große Bedeutung der Geriatrischen Rehabilitation sieht, moderiert das Sozialministerium die Umsetzung des Geriatriekonzepts Baden-Württemberg 2014 und die nachhaltige Sicherung der Versorgungsstruktur der Geriatrischen Rehabilitation.

*b) Die Angebote als ambulante und mobile Versorgungsformen sollen ausgebaut werden. Diesbezüglich appelliert die Enquetekommission an die Krankenkassen, die Forderung nach dem Ausbau mobiler Rehabilitation aus dem 2. Geriatriekonzept des Landes unverzüglich umzusetzen. Entsprechende Modellprojekte müssen in der Fläche implementiert und Barrieren zwischen den beteiligten Gruppen abgebaut werden.*

In Baden-Württemberg besteht ein umfangreiches und regional ausgerichtetes Angebot an geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen. Mit diesen bestehen mit den Krankenkassen Versorgungsverträge nach §§ 111 Abs. 2 bzw. 111c SGB V.

Die Landesregierung sieht den Ausbau der Angebote ambulanter und mobiler Versorgungsformen als sehr wichtig an. Dies stellt auch eine Zielsetzung des Geriatriekonzepts Baden-Württemberg 2014 dar.

*c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, eine Steuerung der Forschungsschwerpunkte vorzunehmen. Dabei soll auf den Schwerpunkt der Grundlagenforschung im geriatrischen Bereich besonderer Wert gelegt werden. Forschungsprojekte sollen, soweit möglich, interdisziplinär und sektorübergreifend angelegt sein. Die geriatrischen und psychiatrischen Versorgungsketten sollen besonders in den Blick genommen werden.*

Das Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014 widmet der Rehabilitations- und Versorgungsforschung ein eigenes Kapitel und sieht hierfür eine Kompetenz bei den Geriatrischen Zentren.

Geriatrische Forschung findet in Baden-Württemberg überwiegend in etablierten Netzwerkstrukturen statt, an denen universitäre und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen beteiligt sind. Die Hochschulen sind in ihren Forschungsschwerpunktsetzungen autonom.

Das Wissenschaftsministerium hat in der Vergangenheit den Aufbau von Strukturen in der Geriatrie und Gerontologieforschung gefördert. So hat es beispielsweise an der Universität Heidelberg seit 2006 den Aufbau des Netzwerks Altersforschung (NAR) unterstützt, das Disziplinen übergreifend die verschiedenen

Aspekte des Alterns erforscht. Das NAR umfasst drei Forschungsbereiche: Biologische Grundlagenforschung und Medizinische Altersforschung, Geistes-, Sozial- und Verhaltenswissenschaftliche Altersforschung sowie Medizinische und Sozioökonomische Interventionspunkte. Kooperationspartner sind die Universität Heidelberg, die Universität Mannheim, das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg und das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit.

Die Universität Freiburg hat ein Zentrum für Geriatrie und Gerontologie etabliert, das sich schwerpunktmäßig mit Grundlagenforschung und Differentialdiagnostik bei Hirnleistungsstörungen älterer Menschen, therapeutischen Interventionen für geriatrische Patienten sowie der Optimierung der Behandlung von Menschen mit Demenz widmet.

An der Universität Tübingen existiert ein Geriatriisches Zentrum, das auf der Kooperation der Medizinischen Universitätsklinik, der Neurologischen Universitätsklinik, der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus und der Rehabilitationsklinik Bad Sebastianweiler basiert. Forschungsschwerpunkte sind: Versorgungsforschung, Studien zu körperlichem Training im Alter und Kognition/Demenz.

Die Forschungsprojekte der Zentren sind als Verbundprojekte der Grundlagen- und anwendungsnahen Forschung zuzuordnen und interdisziplinär sowie zum Teil sektorenübergreifend angelegt. Die Fördermittel für die Verbundforschung stammen überwiegend von der Deutschen Forschungsgemeinschaft, dem Bund und der Europäischen Kommission. Auch ist hier der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss zu nennen, der noch für 2016 im Rahmen seiner themenspezifische Förderung eine Bekanntmachung zum „Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung“ angekündigt hat. Das Wissenschaftsministerium setzt seine begrenzten Fördermittel für die Vernetzung von Forschungsinstitutionen und strukturbildende Maßnahmen ein. Daneben fördert das Wissenschaftsministerium aus Mitteln der Sonderlinie Medizin des Hochschulfinanzierungsvertrags „Perspektive 2020“ aktuell drei eng mit dem Altern zusammenhängende Verbundvorhaben aller hochschulmedizinischen Einrichtungen in Baden-Württemberg für die Dauer von drei Jahren.

*d) Die Enquetekommission empfiehlt, mehr in den Bereich der geriatrischen Rehabilitation (momentan 1,4 Prozent des gesamten Gesundheitsbudgets) zu investieren. Zudem soll die Bewilligungspraxis des MDK überprüft werden.*

Die Landesregierung sieht eine angemessene finanzielle Ausstattung des Bereichs der Geriatrischen Rehabilitation als wesentlich an. Sie hält die Übernahme einer finanziellen Mitverantwortung durch die Pflegeversicherung, die von einem Rehabilitationserfolg im Sinne einer Vermeidung oder Verschiebung von Pflegebedürftigkeit einen Nutzen hat, für sinnvoll, um eine Stärkung der Investitionen in den Bereich der Rehabilitation zu bewirken.

Die Landesregierung hält die bereits angestoßene Überprüfung des Verfahrens der MDK Pflegebegutachtungen aufgrund einer recht geringen Bewilligungsquote für sinnvoll. Im Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014 sind Verfahren der Antragsprüfung und Einbeziehung des MDK vereinbart, die eine sachgerechte und zugleich rechtzeitige Zuweisung von Patienten aus stationärer oder ambulanten Behandlung in die geriatrische Rehabilitation ermöglichen sollen.

*Um geriatrische Patientinnen und Patienten frühzeitig als solche identifizieren zu können, ist ein entsprechendes Screening notwendig. Der individuelle Behandlungsbedarf muss dabei fachspezifisch ermittelt werden. Patientinnen und Patienten müssen entsprechend ihres individuellen Bedarfs in geriatrischen Versorgungsstrukturen behandelt beziehungsweise rehabilitiert werden. Die Enquetekommission gibt daher folgende Handlungsempfehlungen ab:*

*a) Die Enquetekommission empfiehlt, die geriatrischen Grundkenntnisse bei Hausärztinnen und Hausärzten zu stärken. Es sollen Hilfestellungen in Form von Fort- und Weiterbildungen angeboten werden, die ein fachspezifisches Screening sowie eine entsprechende Antragstellung und Begründung für die geriatrische Rehabilitation ermöglichen.*

Geriatrische Grundkenntnisse bei Hausärztinnen und Hausärzten zu stärken wird auch aus präventiver Sicht befürwortet.

Damit Hausärzte das Hausärztlich-geriatrische Basisassessment gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg abrechnen können, müssen sie eine entsprechende Fortbildung (60h-Curriculum Geriatrische Grundversorgung) absolviert haben. Aus diesem Grund haben nahezu alle Hausärzte in Baden-Württemberg diese Qualifikation erworben.

Fortbildungen für die Ärzteschaft werden auch durch die Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren angeboten. Diese können gut geeignet sein, bei Hausärztinnen und Hausärzten die Sensibilität für die Potenziale der Rehabilitation erhöhen.

*b) Die Enquetekommission fordert, die geriatrische Kompetenz des MDK weiter auszubauen. Dies ermöglicht eine beschleunigte fachliche Prüfung der Rehabilitationsanträge.*

Die Landesregierung hält eine hohe geriatrische Kompetenz des MDK für notwendig. Nach § 279 Abs. 5 SGB V werden die Fachaufgaben des MDK von Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe wahrgenommen; der MDK hat vorrangig Gutachter zu beauftragen.

Der MDK bewertet anhand der für ihn verbindlichen gesetzlichen Grundlagen und verbindlichen Richtlinien. Er unterzieht seine Begutachtungspraxis einer regelmäßigen internen Qualitätssicherung. Themen aus dem Bereich Geriatrie und Geriatrische Rehabilitation sind kontinuierlich Gegenstand interner und externer Fortbildung beim MDK Baden-Württemberg. Bei speziellen Fragen kann seitens der Gutachterinnen und Gutachter jederzeit das Kompetenzzentrum Geriatrie der MDK-Gemeinschaft konsultiert werden.

Wenn der MDK Baden-Württemberg von seinen Auftraggebern mit einer zeitnahen Begutachtung beauftragt wird, erfolgt diese überwiegend tagesgleich. Über alle Aufträge betrachtet erfolgt die Bearbeitung durchschnittlich innerhalb von 2,7 Tagen.

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass das Sozialministerium über den MDK Baden-Württemberg die Rechtsaufsicht und nicht die Fachaufsicht führt. Das Sozialministerium hat über die Personalausstattung bzw. Personalbesetzung der MDK-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter oder beauftragter Gutachterinnen und Gutachter keine Entscheidungsbefugnis. Diese Verantwortung obliegt dem MDK.

*c) Die Enquetekommission empfiehlt „geriatrisches Verständnis“ bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtungen durch die Kostenträger. Eine in diesem Sinne durchgeführte geriatrische Bewertung wäre für den Auswahlprozess hilfreich*

Diese Empfehlung wird geteilt. Im Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014 haben sich in diesem Sinne die beteiligten Akteure auf ein Verfahren für einen Zugang zur Rehabilitation einschließlich der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung geeinigt.

### **3.2.2.3 Rehabilitation in der Kurzzeitpflege**

*Die Enquetekommission empfiehlt, Kurzzeitpflege in Rehabilitationskliniken zu ermöglichen. Im Gegenzug sollen Rehabilitationselemente in die Kurzzeitpflege integriert und finanziert werden.*

Die Landesregierung befürwortet diese Empfehlung grundsätzlich. Durch das Krankenhausstrukturgesetz wurde zum 1. Januar 2016 die Möglichkeit geschaffen, dass Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit auch in bestehenden Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach SGB XI oder anderen Einrichtungen, beispielsweise Rehabilitationseinrichtungen, durchgeführt werden können.

Die Landesregierung hält die Implementierung von rehabilitativen Angeboten in die Kurzzeitpflege für unbedingt notwendig, sei es in der Form von mobiler geriatrischer Rehabilitation in der Kurzzeitpflege oder von eigenständigen Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit rehabilitativem Angebot. Sie sieht es als notwendig an, mit Angeboten einer bedarfsgerechten medizinischen Behandlungspflege und therapeutischen Begleitung und einer mobilisierenden und rehabilitativ ausgerichteten geriatrischen Pflege häuslich versorgte pflegebedürftige Menschen in gesundheitliche Krisen oder noch erheblich kranke Menschen nach Entlassung aus dem Krankenhaus zu versorgen.

Die Landesregierung hält es für sinnvoll, dass hierfür eigenständige Einrichtungen oder Abteilungen, die eine spezialisierte Kurzzeitpflege anbieten, vorgehalten werden. Diese sollten eine im Vergleich zu anderen Versorgungsformen erhöhte Leistungsintensität und -komplexität vorhalten können.

Sie hält daher auch Strategien von Kommunen für zukunftsweisend, die Angebote der Kurzzeitpflege zu nutzen, um nach gesundheitlichen Krisen für pflegebedürftige Menschen die Perspektive einer Rückkehr in die Häuslichkeit zu stärken.

Die Landesregierung begrüßt, dass die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen Planungen von Projekten betreiben, in der Kurzzeitpflege rehabilitative Elemente zu integrieren und dass sie Gespräche mit Trägern über die Möglichkeiten und Zulassungsvoraussetzungen für die Kurzzeitpflegeeinrichtungen führen.

### **3.2.2.4 Zugang zu Rehabilitationsleistungen**

*Handlungsempfehlungen:*

*a) Das Genehmigungsverfahren für Rehabilitation muss transparenter gestaltet werden. Jede medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme muss genehmigt werden. Die Enquetekommission regt eine gesetzliche Verankerung an, die Abweichungen von der Rehabilitationsverordnung des einweisenden Arztes seitens der Krankenkasse nur nach medizinisch fundierter Begründung und nicht nach Aktenlage erlaubt. Anträge auf geriatrisch-medizinische Rehabilitation nach § 40 SGB V sollen vom MDK nicht, ohne die Patientinnen und Patienten gesehen zu haben, allein auf Basis der Aktenlage abgelehnt werden dürfen. Der MDK soll in diesem Fall die Patientin beziehungsweise den Patienten persönlich in Augenschein nehmen. Dies wäre vor allem an der Schnittstelle vom Krankenhaus zur Rehabilitation von Bedeutung. In diesem Zusammenhang regt die Enquetekommission auch die Prüfung der Möglichkeit von Sanktionen an, falls der MDK den Untersuchungsgrundsatz (§ 20 SGB X) nicht beachten sollte (z. B. von Antragsstellerinnen und Antragsstellern dargelegte Tatsachen müssen bei der Bescheidung als bewiesen und inhaltlich richtig unterstellt werden.*

Die Rehabilitation ist in Deutschland in das gegliederte System der sozialen Sicherung mit seinen unterschiedlichen Zuständigkeiten eingebunden. Renten-, Kranken- und Unfallversicherung sind die Hauptkostenträger. Das Spektrum der Leistungen unterscheidet sich dabei jeweils nach dem gesetzlichen Auftrag des Trägers. Der Bundesgesetzgeber hat hierzu die entsprechenden Vorschriften im SGB geprägt.

Sind vom Antragsteller die medizinischen, persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, muss der Kostenträger wie z. B. die Rentenver-

sicherungsträger (DRV-Träger) bzw. die gesetzliche Krankenversicherung (GKV-Träger) die beantragte Rehabilitationsmaßnahme bewilligen (GKV: § 40 ff. SGB V und DRV: § 13 ff. SGB VI). Dies ist BSG-Rechtsprechung, die von Seiten des Bundes demnächst auch normiert werden soll.

Der Gesetzgeber hat in § 275 Abs. 5 Satz 1 SGB V ausdrücklich angeordnet, dass die Gutachter des MDK bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen sind.

*b) Die Bewertung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte muss stärkeres Gewicht erhalten. Abweichungen von deren Zuweisungsvorschlägen müssen medizinisch fundiert begründet werden. Der MDK soll, falls er zu einem anderen Ergebnis kommt als die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, sich mit diesen verständigen. Im Falle einer Antragsablehnung soll die Begründung transparent gemacht werden und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den Patientinnen und Patienten schriftlich übermittelt werden. Es müssen gezielte Schulungen von Hausärztinnen und Hausärzten in Bezug auf das Antragsstellungsverfahren angeboten werden.*

Der Gesetzgeber hat in § 275 Abs. 5 Satz 1 SGB V ausdrücklich angeordnet, dass die Gutachter des MDK bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen sind. Bestehen zwischen dem Arzt und dem MDK Meinungsverschiedenheiten, kann der Arzt unter Darlegung seiner Gründe die Krankenkasse unterrichten und ggf. ein Zweitgutachten durch einen anderen Arzt einfordern.

Soweit Versicherte mit einer ablehnenden Entscheidung nicht einverstanden sind, können sie Widerspruch einlegen. Werden im Rahmen des Widerspruchs medizinische Gründe vorgetragen, wird vom Sozialmedizinischen Dienst die Abhilfe geprüft.

Die Empfehlung, gezielt Schulungen zur Antragstellung für Hausärztinnen und Hausärzte anzubieten, wird grundsätzlich begrüßt.

*c) Die Hürde zur medizinischen Rehabilitation muss für geeignete Fälle gesenkt werden, um teure und unnötige Krankenhauskosten zu sparen und um diese in Rehabilitationseinrichtungen angemessener und kosteneffektiver versorgen zu können.*

Die Kostenträger wie z. B. die Rentenversicherungsträger (DRV-Träger) bzw. die gesetzliche Krankenversicherung (GKV-Träger) sind gehalten, beantragte Rehabilitationsmaßnahmen zu bewilligen (GKV: § 40 ff. SGB V und DRV: § 13 ff. SGB VI). Hierzu ist jedoch erforderlich, dass vom Antragsteller die medizinischen, persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

*d) Um einen frühzeitigen Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen zu ermöglichen, sollen Betroffene, Angehörige sowie behandelnde Ärztinnen und Ärzte stärker über die Potenziale der medizinischen Rehabilitation aufgeklärt werden. Ärztinnen und Ärzte müssen gezielt über Angebote informiert werden. Hierzu soll eine Informationsplattform geschaffen werden. Eine verbesserte Aufklärung und Beratung der Betroffenen bzw. Antragstellerinnen und Antragstellern (einschl. Broschüren in Fremdsprachen – z. B. Landesgeriatriekonzept, Widerspruchsmöglichkeiten etc.) ist erforderlich. Landesgeriatriekonzepte sollen allgemein und verständlich aufbereitet werden. Es soll eine Broschüre mit den unterschiedlichen Versorgungsangeboten und Rechtsansprüchen erarbeitet werden.*

Die Landesregierung hält eine gute Information über Angebote und Zugangswege zu Angeboten der Rehabilitation für sinnvoll. Folgende Beispiele zeigen, dass hier bereits vieles auf Bundes- und Landesebene im Fluss ist:

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt unter anderem in seiner Rehabilitations-Richtlinie die Verordnung von Rehabilitationsleistungen durch Vertragsärztinnen und -ärzte als Grundlage für die Leistungsentscheidung der Krankenkassen. Mit Beschluss vom 15. Oktober 2015 vereinfachte der G-BA das Verfahren zur Verordnung von Rehabilitationsleistungen. Das bislang zweistufige

Verfahren wird künftig einstufig mit nur einem Formularmuster abgewickelt. In dessen Teil A stehen den Ärzten verschiedene Kriterien zur Auswahl, die die Zuordnung zum richtigen Rehabilitationsträger erleichtern. Des Weiteren hat nun jede Vertragsärztin, jeder Vertragsarzt die Möglichkeit, bei medizinischer Notwendigkeit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu verordnen. Die genannten Änderungen sollen den Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenkassen erleichtern und zur Reduzierung von Bürokosten führen.

Das Sozialministerium bereitet derzeit eine Verbraucherbrochure über das Geriatriekonzept vor, die die unterschiedlichen geriatrischen Versorgungsangebote und auch die Rechtsansprüche insbesondere auf geriatrische Rehabilitation laienverständlich darstellen soll. Fortbildungen für die Ärzteschaft durch die Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren können bei den Zuweisenden die Sensibilität erhöhen.

*e) Die Einrichtung einer unabhängigen Unterstützung für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten bei der Antragsstellung und bei Widerspruchsverfahren z.B. durch eine (Landes) Patientenbeauftragte oder einen Patientenbeauftragten soll geprüft werden.*

Bei den Kostenträgern (DRV und GKV) gibt es sog. Servicestellen, die bei der Antragstellung einer Rehabilitationsleistung beraten. Soweit Versicherte mit einer ablehnenden Entscheidung nicht einverstanden sind, können Sie Widerspruch einlegen. Organisationen wie z. B. der VDK bieten diesbezüglich ebenfalls Ihre Hilfe an.

*f) In Krankenhäusern könnte ein Case-Management mit medizinischer, sozialpädagogischer und pflegerischer Kompetenz eingeführt werden, in dessen Zuständigkeit insbesondere die Beratung und Beantragung von und zu Rehabilitationsmaßnahmen liegen könnte.*

Gem. § 11 Abs. 4 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Gem. § 39 Abs. 1 a S. 1 SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. Gemäß § 31 LKHG sorgt ein sozialer Krankenhausdienst dafür, dass die zur Pflege, Nachsorge und Rehabilitation notwendigen Maßnahmen eingeleitet werden. Zahlreiche Krankenhäuser haben bereits ein Entlassmanagement etabliert.

*g) Die Enquetekommission empfiehlt, niedrigschwellige Angebote der Erhaltungstherapie anzubieten.*

Dies ist bereits vom Gesetzgeber (Bund) im SGB geregelt. Es gilt bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung der Grundsatz ambulant vor stationär (§ 40 SGB V).

*h) Die Landesregierung soll die Sicherstellung einer Versorgungsstruktur, welche die Einlösung des Rechtsanspruchs befördert, voranbringen.*

Rehabilitationseinrichtungen unterliegen – anders als Krankenhäuser – keiner staatlichen Planung. Die Zuständigkeiten im Bereich der Rehabilitation sind auf die einzelnen Sektoren der Gesundheitsversorgung verteilt. Die Landesregierung hat sich im Koalitionsvertrag für eine enge Vernetzung der Akteure ausgesprochen.



- i) *Die Enquetekommission empfiehlt, regelmäßige geriatrische Assessments durch Hausärztinnen und Hausärzte durchzuführen. Diese umfassen eine multidimensionale Gesamterfassung und Bewertung der gesundheitlichen Situation mitsamt der körperlichen, psychischen und sozialen Komponenten. Um dies zu ermöglichen, müssen Fortbildungen für Hausärztinnen und Hausärzte sowie für Arzthelferinnen und Arzthelfer zur Durchführung geriatrischer Assessments durchgeführt werden.*

Die Landesregierung schätzt eine frühe Identifikation geriatrischer Risikoprofile als sehr wichtig ein. Das Geriatriekonzept verweist daher ausdrücklich auf das hausärztlich-geriatrische Basis-Assessment. Dies dient der gezielten Überprüfung der Funktions- und Fähigkeitsstörungen älterer Patientinnen und Patienten, die deren Lebensqualität entscheidend beeinflussen. Die Unterzeichner des Geriatriekonzepts haben sich darauf verpflichtet, dass das Basis-Assessment im Sinne einer frühen Identifikation von Risikopatienten in der Regel ab dem 70. Lebensjahr sinnvoll ist und deswegen besonders gefördert werden sollte.

Die Behandlung von Erkrankungen im höheren Lebensalter ist bereits Gegenstand der fachärztlichen Weiterbildung, nicht nur im Zusammenhang mit der Zusatzbezeichnung „Geriatrie“, die von allen Fachärzten erworben werden kann, sondern ebenso im Gebiet Allgemeinmedizin. Auch bei Medizinischen Fachangestellten (früher: Arzthelfer/innen) sind in den Fortbildungen zur Nichtärztlichen Praxisassistentin und zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung Lerninhalte zur Versorgung und Betreuung alter Menschen verankert.

- j) *Kooperationen zwischen der ambulanten Versorgung, der Notfallmedizin und der stationären Versorgung sollen gefördert werden.*

Die Vernetzung der Akteure ist erklärtes Ziel der Gesundheitspolitik und wird zunehmend praktiziert.

### **3.2.2.5 Entscheidungsautonomie**

*Handlungsempfehlungen:*

*Die Enquetekommission betont, dass entsprechend § 9 SGB IX im Falle von berechtigten Interessen den Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen werden muss, auch wenn eine anderweitige Unterbringung aufgrund von Belegungsverträgen kostengünstiger für die Kostenträger wäre. Rehabilitationskliniken dürfen auch nicht unter Androhung, es würden keine Patientinnen oder Patienten mehr an sie vermittelt, finanziell unter Druck gesetzt werden.*

*Die Enquetekommission empfiehlt, die Aufklärung und Beratung von Patientinnen und Patienten über das Wunsch- und Wahlrecht, über Kriterien, die bei der Auswahl relevant sind, und über geeignete Rehabilitationsangebote zu verbessern.*

Nimmt die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung zur Ausführung von Leistungen Reha-Einrichtungen in Anspruch, hat die Auswahl danach zu erfolgen, welche Einrichtung die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt. Bei der Entscheidung über die Leistungen hat die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung neben dem vom Gesetzgeber im SGB stets zu beachtenden Wirtschaftlichkeitsgebot die berechtigten Patientenwünsche mit einzubeziehen.

Das Wunsch- und Wahlrecht wird nicht berücksichtigt, wenn die gewünschte Klinik nicht die behandlungsbedürftigen Indikationen abdecken kann oder wenn mit der entsprechenden Einrichtung kein Versorgungsvertrag bei der DRV nach § 21 SGB IX – bei der GKV nach § 111 c SGB V besteht.

### 3.2.2.6 Zielgruppenspezifische Angebote

*Die Enquetekommission regt an, wohnortnahe geriatrische Angebote sowie ambulante Rehabilitationsangebote stärker zu unterstützen, dazu gehören insbesondere auch Rehabilitationsangebote im häuslichen Bereich sowie in stationären Pflegeeinrichtungen.*

Die Landesregierung hält wohnortnahe geriatrische Rehabilitationsangebote auch für Menschen mit Demenz für bedeutsam, um den Einbezug des häuslichen Umfeldes halten und nutzen zu können. Das Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014 verweist entsprechend darauf, dass gerade alte Menschen darauf angewiesen sind, dass ihre Verankerung in Familie und Wohnort erhalten bleiben. Um den Leitsatz „Eine selbstbestimmte Lebensführung bleibt allen Menschen so lange wie möglich erhalten“ aus dem Handlungsfeld Pflege des Gesundheitsleitbildes Baden-Württemberg zu realisieren, ist es wichtig, dass durch Vernetzung der geriatrischen kurativen und rehabilitativen Versorgung mit quartiersbezogenen Betreuungs-, Pflege- und Unterstützungsstrukturen die individuellen Ressourcen der Menschen gestützt werden. Auch eine demenzfreundliche Gestaltung der Umgebung von Reha- Einrichtungen ist aus Sicht der Prävention wünschenswert.

Darüber hinaus sieht die Landesregierung es als notwendig und sinnvoll an, dass neben der ambulanten Reha oder der Reha mit Rooming-Partnern Rehabilitationsangebote im häuslichen Bereich sowie in stationären Pflegeeinrichtungen nutzbar sind. Nur so können Menschen mit Rehabilitationsbedarf erreicht werden, die aus verschiedensten Gründen nicht in stationären Rehabilitationsangeboten behandelt werden können. In Baden-Württemberg wird an den Standorten Karlsruhe und Bad Sebastiansweiler, Mössingen, mobile Rehabilitation umgesetzt. Hier fahren die mobilen Teams, insbesondere Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten in die Wohnung der Betroffenen. Insbesondere Demenzkranke, Blinde oder auch Keimträger können hiervon profitieren.

*Die Enquetekommission empfiehlt die Entwicklung eines Konzepts sowie einer leistungsgerechten Vergütung für eine ambulante, spezialisierte Rehabilitation für Menschen mit Demenz mit ihren Partnerinnen und Partnern und deren Verankerung im SGB V. Dabei sollen auch die Aspekte einer Teilerstattung der Kosten für Rooming-in von Angehörigen für eine begrenzte Anzahl an Tagen während einer stationären Rehabilitation von Menschen mit Demenz über die Krankenkassen geprüft werden.*

Die Landesregierung hält den Einsatz demenzspezifischer Konzepte Geriatrischer Rehabilitation für sinnvoll. Nur mit Konzepten, die an die demenzbedingten Fähigkeitsstörungen angepasst sind, kann das Rehabilitationspotenzial von Menschen mit Demenz ausgeschöpft werden.

Mit der Einführung des neuen § 111 b SGB V durch das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes vom 28. Juli 2011 wurde ein Konfliktlösungsmechanismus geschaffen, der sicherstellen soll, dass Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zustande kommen, soweit ein Versorgungsvertrag besteht.

Zur Umsetzung des bundesgesetzlichen Auftrags hat das Sozialministerium eine entsprechende Schiedsstellenverordnung auf Landesebene erlassen, um das Verfahren zu ordnen und insbesondere den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg zu ermöglichen ihre Rechte durchzusetzen. Sie ist zum 12. Mai 2012 in Kraft getreten.

Die Landesregierung begrüßt die Klarstellung der Kostenträger, dass die Aufnahme von medizinisch notwendigen Begleitpersonen bereits im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert ist. So werden bereits heute bei Bedarf Angehörige für die Dauer der stationären Rehabilitation (ganz oder teilweise) mit aufgenommen und die Kosten von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

*Der medizinische und volkswirtschaftliche Wert des Rooming-in soll anhand des zu entwickelnden Konzepts erforscht werden. Um entsprechende Angebote vorhalten zu können, muss die Umgebung von Rehabilitationseinrichtungen de-*

*menzfreundlich gestaltet werden. Dies ist insbesondere bei der Planung von Neubauten zu berücksichtigen. Ältere Einrichtungen brauchen finanzielle Unterstützung durch die Kostenträger für Umbauten. Das pflegerische, medizinische und therapeutische Personal benötigt eine spezielle zusätzliche Qualifikation (z. B. Validation, Mäeutik).*

Rehabilitationseinrichtungen unterliegen – anders als Krankenhäuser – keiner staatlichen Planung und Finanzierung. Dementsprechend sind Rehabilitationseinrichtungen auch keinerlei Auflagen oder Restriktionen unterworfen. Rehabilitationseinrichtungen treffen ihre unternehmerischen Entscheidungen unbeeinflusst in eigener Verantwortung. Dies betrifft auch die Personalhoheit sowie die entsprechenden Leistungs- und Qualitätskonzepte um die Kostenträger bzw. die Versicherten von ihrem Angebot zu überzeugen.

Die Empfehlung der Enquetekommission einer demenzfreundlichen Umgebungsgestaltung ist sicherlich im Bereich der Geriatrischen Rehabilitation wünschenswert.

### **3.2.2.7 Geriatrische Ausbildung**

*a) Es muss eine Überarbeitung der Curricula in Bezug auf geriatrische Inhalte vorgenommen werden. Weiter soll die Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf geriatrische Inhalte ausgebaut werden.*

Bei der Erstellung der Curricula müssen sich die Hochschulen in dem von der Approbationsordnung gesetzten Rahmen halten, sind im Übrigen aber frei, Schwerpunkte zu setzen.

*b) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Einrichtung eines Lehrstuhls für Geriatrie an einer medizinischen Fakultät in Baden-Württemberg.*

Aufgrund der Hochschulautonomie legen die Hochschulen ihre fachlich-inhaltlichen Schwerpunkte und ihre interne Mittelverteilung selbst und unabhängig fest. Dies gilt auch für die Einrichtung von Professuren. Die Einrichtung einer Stiftungsprofessur für Geriatrie begrüßt die Landesregierung sehr. Aktuell wird die Universität Heidelberg von der Robert-Bosch-Stiftung durch die Finanzierung einer Stiftungsprofessur für die Dauer von sechs Jahren gefördert.

*c) Die Enquetekommission empfiehlt, dass Hausärztinnen und Hausärzte den 60-Stunden-Lehrgang für Geriatrie (geriatrisches Curriculum der BÄK) absolvieren sollen.*

Damit Hausärzte das Hausärztlich-geriatrische Basisassessment gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg abrechnen können, müssen sie eine entsprechende Fortbildung (60h-Curriculum Geriatrische Grundversorgung) absolviert haben. Aus diesem Grund haben nahezu alle Hausärzte in Baden-Württemberg diese Qualifikation erworben.

*d) Die Ärztekammern sollen vermehrt Fort- und Weiterbildungen mit geriatrischem Bezug anbieten und fördern.*

Die Landesregierung begrüßt diese Empfehlung.

### 3.2.2.8 *Telerehabilitation*

*Die Enquetekommission empfiehlt die Erstellung eines Gesamtkonzeptes für Rehabilitation. Telerehabilitation soll ein Bestandteil des Gesamtkonzeptes zur Rehabilitation sein und insgesamt ausgebaut werden. Der Einsatz von Telerehabilitation, auch von AAL und Telemedizin, muss ethisch und psychologisch geprüft werden.*

*Die Enquetekommission empfiehlt weiter, den Bereich Telerehabilitation zu beforschen und weiterzuentwickeln.*

#### Gesetzliche Krankenversicherung (GKV):

Zur Handlungsempfehlung der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg – Erforschung und Weiterentwicklung von Telerehabilitation“:

Die Handlungsempfehlung wird als sinnvoll erachtet.

#### Deutsche Rentenversicherung (DRV):

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) versteht die Telemedizin eher als ein Instrument der Nachsorge. Bei der klassischen Rehabilitationsmaßnahme kommen telemedizinische Assistenzsysteme als Erweiterung der herkömmlichen Therapie zum Einsatz, beispielsweise in der Neurologie. Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass in einem mehrwöchigen Zeitraum ein intensiver persönlicher Kontakt zwischen Therapeut und Patient stattfindet. Hierauf kann nicht verzichtet werden.

Aktuell befasst sich die Projektgruppe Nachsorge der DRV mit der Thematik „Beforschung der Tele-Rehabilitation“. Dazu laufen die ersten Gespräche in den Entscheidungsgremien der Rentenversicherung. Der Vorreiter ist hier die DRV Bayern Süd. Denkbar ist jedoch der Einsatz in Regionen, die keine ambulanten Reha-Einrichtungen haben oder in der geriatrischen Rehabilitation, da hier die Mobilität der Betroffenen häufig deutlich eingeschränkt ist. Die orthopädische telemedizinische Nachsorge wird von der DRV Baden-Württemberg dagegen negativ bewertet. Gegenüber den bisherigen Nachsorgeangeboten sind nur rein gymnastische Körperübungen ohne Einsatz von Geräten möglich. Ein Eingreifen des Therapeuten bei fehlerhafter Ausführung der Übung ist nicht möglich. Zudem können viele der älteren Reha-Patienten die Tele-Nachsorgeprogramme in häuslicher Umgebung nicht umsetzen.

### 3.2.2.9 *Qualitätssicherung*

#### *Handlungsempfehlungen:*

*Zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im Bereich der Rehabilitation empfiehlt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen:*

- a) Die Qualitätsstandards der Rehabilitationsanbieter sind aneinander anzugleichen und transparent zu machen. Hierzu sollen sich Einrichtungen besser vernetzen, um ihre Standards untereinander abzustimmen. Es ist zu prüfen, inwieweit eine Kontrolle möglich und notwendig ist.*
- b) Die Qualitätskriterien für den Bereich der Rehabilitation sollen definiert werden.*
- c) Es soll eine verbindliche Festlegung eines Personalschlüssels für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation getroffen werden, verbunden mit einer Verankerung eines Vergütungsanspruchs.*

Die Landesregierung erachtet diese Handlungsempfehlungen im Hinblick auf eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten als sinnvoll.

### 3.2.2.10 Vernetzung der Versorgungsstrukturen

*Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, sich zur Verbesserung der Situation der Rehabilitationseinrichtungen für eine bessere Verzahnung zwischen Krankenhäusern, Pflegeheimen und dem häuslichen Bereich einzusetzen. Hierzu sollen geeignete Konzepte entwickelt und implementiert werden. Ein Ansatzpunkt hierbei könnte die Übergabe einer digitalen Gesundheitsakte, unter Sicherstellung des Datenschutzes, sein. Um das Entlassungsmanagement der Rehabilitationseinrichtungen zu verbessern, sollen alle Einrichtungen den DNQP Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege anwenden.*

Die Landesregierung hält eine bessere Vernetzung der Versorgungsbereiche wie auch eine Verschiebung des Fokus' in der gesundheitlichen Versorgung von der Akutversorgung auf eine adäquate Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patientinnen und Patienten hohen Alters für wichtig. In der Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patientinnen und Patienten sollte die Koordination der Versorgung zum leitenden Prinzip werden und hausärztliche, ambulante und stationäre fachärztliche sowie pflegerische Behandlungsleistungen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation sinnvoll verzahnt werden.

Mit dem Modellprojekt „Sektorenübergreifende Versorgung“ fördert die Landesregierung in den Landkreisen Reutlingen, Biberach und Ravensburg als Modellregion die Erarbeitung von Lösungen für eine sektorenübergreifende Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen.

Im Modellprojekt „GeriNetz“ fördert die Landesregierung im „Innovationsprogramm Pflege“ an den Standorten Mannheim und Bad Friedrichshall die Erarbeitung von Kommunikationspfaden im Übergangsmanagement zwischen Krankenhaus, stationärer Langzeitpflege und hausärztlicher Behandlung unter Nutzung einer digitalen Patientenakte.

Einschränkend ist vor einer umfänglichen Realisierung einer digitalen Gesundheitsakte anzumerken, dass derzeit die Interoperabilität an einigen Schnittstellen des Gesundheitssystems noch nicht geklärt ist. Darüber hinaus ist bei diesen Überlegungen immer der Datenschutz in die Erarbeitung einer Konzeption zur Verzahnung der Institutionen einzubeziehen.

Mit dem Projekt „Analyse der geriatrischen Versorgungsstrukturen in Baden-Württemberg – Versorgungsstrukturanalyse“ verfolgt die Landesregierung das Ziel, auf der Basis einer wissenschaftlichen Untersuchung zur bestehenden geriatrischen Versorgungssituation in Baden-Württemberg in ihrer vernetzten Komplexität tragfähige Aussagen für deren künftige Entwicklung, speziell im Bereich der geriatrisch-rehabilitativen Versorgungsstrukturen, abzuleiten. Die Ergebnisse sollen bis Mitte des Jahres 2018 vorliegen. Die Landesregierung wird die Ergebnisse der Untersuchung in eine Weiterentwicklung des Geriatriekonzepts Baden-Württemberg 2014 einbringen und so die Ergebnisse umsetzen.

Die Landesregierung hält die Anwendung des DNQP-Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege in den Einrichtungen der Rehabilitation für einen fachlich sinnvollen Weg. Sie verweist aber zunächst auf die durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz erfolgte Konkretisierung in den §§ 39 Abs. 1 a SGB V und in § 40 Abs. 2 Satz 4 SGB V für die Regelungen zum Entlassmanagement im Rahmen der Krankenhausbehandlung bzw. stationären Rehabilitationsbehandlung. In dreiseitigen Bundesrahmenverträgen zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den auf Bundesebene maßgeblichen Verbänden der Reha-Leistungserbringer soll u. a. das Nähere zum Umgang mit der Verordnungskompetenz als auch zur Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen geregelt werden. Patientinnen und Patienten, darunter auch geriatrische Patientinnen und Patienten, mit einem komplexen Bedarf an Unterstützung sollen ein differenzierteres Entlassmanagement erhalten.

Die Landesregierung plädiert dafür, diese Maßnahmen in den dreiseitigen Verträgen auf Landesebene nach § 115 SGB V zwischen den Landeskrankenhausesgesellschaften, den Krankenkassen und den Leistungserbringern einzubringen. Sie wird sich, falls es sich als erforderlich erweist, im Rahmen der Umsetzung des Geriatriekonzepts Baden-Württemberg 2014 in ihrer moderierenden Rolle in eine Findung praktikabler Lösungen auch zum Entlassmanagement in der Rehabilitation einbringen.

### 3.2.2.11 Finanzierung

#### Handlungsempfehlungen:

a) Die Enquetekommission sieht es als erforderlich an, Verbesserungen bei Investitionskostenzuschüssen für Rehabilitationseinrichtungen vorzunehmen. In die Vergütungssatzverhandlungen sollen beispielsweise bauliche Neustrukturierungen, die aus funktionaler Sicht notwendig sind, steigende Personalkosten und Kostensteigerungen, die zur Sicherung der Qualität anfallen, miteinbezogen werden. Weiter sollen einheitliche Strukturvorgaben für die geriatrische Rehabilitation entwickelt und die Tagessätze entsprechend der Strukturvorgaben und des individuellen Therapiebedarfs (Multimorbidität) angepasst werden.

Dies ist erklärtes Ziel der Landesregierung im Koalitionsvertrag. Für die Verankerung eines Rechtsanspruchs der Reha-Einrichtungen auf eine leistungsorientierte Vergütung im SGB V und SGB IX, die die Investitionskosten zeitgemäßer Rehabilitationsmedizin (technische und räumliche Ausstattung) sowie die Qualitätsvorgaben und Personal- und Sachkostensteigerungen abgedeckt, wird die Landesregierung eine Initiative im Bundesrat starten.

Dies betrifft die Regelungen bezüglich der geltenden vertraglichen Beziehungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen (GKV)/Rentenversicherungsträgern (DRV) (Kostenträgern) sowie den Rehabilitationseinrichtungen (Leistungserbringern) – Versorgungsverträge GKV nach § 111 c SGB V sowie § 21 SGB IX.

b) Das Land möge eine Evaluation der Feststellung der Rehabilitationsbedarfe, der Verordnung, Bewilligung und Versagung von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation vor und im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit unter Nutzung der MDK-Daten gemäß § 18 a SGB XI und der Routinedaten der Krankenkassen in Baden-Württemberg in Auftrag geben, um die geltenden gesetzlichen Regelungen auf ihre Umsetzung hin zu überprüfen und daraus abgeleitete notwendige Weiterentwicklungen des Rehabilitationsrechts auf Bundesebene einzufordern.

Die AOK weist darauf hin, dass die Thematik bereits auf Bundesebene diskutiert werde. Der MDK Baden-Württemberg war im Projekt des MDS beteiligt und hat eine Quote von über 3 % an Reha-Empfehlungen aus Pflegegutachten nachgewiesen. Eine Quote sei aber der falsche Ansatz; eine fundierte Entscheidung sei denkbar, wenn die Gutachter für die Kriterien der Rehabilitation (Bedarf, Fähigkeit, Ziel und pos. Prognose etc.) sensibilisiert seien.

Die Landesregierung geht davon aus, dass die Anzahl der durchgeführten Maßnahmen aus Pflegegutachten in erster Linie deshalb unter den geäußerten Erwartungen liegt, weil viele pflegebedürftige Menschen zum Zeitpunkt der Pflegebegutachtung bereits keine stationäre Rehabilitation (getrennt vom bekannten häuslichen Umfeld) mehr wünschen. Entsprechend des Gutachtens von Prof. Rothgang für den MDS dürfte lediglich eine Steigerung der Quote an Reha-Empfehlungen aus Pflegegutachten von 3 % auf 5 bis 6 % zu erreichen sein.

c) Die Enquetekommission empfiehlt, ein Forschungsprojekt zu initialisieren, das mit der Erarbeitung eines Konzeptes zur Umsetzung einer Mitverantwortung der sozialen Pflegeversicherung für die geriatrische Rehabilitation beauftragt wird. Es soll ein Ausgleichsmechanismus zwischen GKV und SPV entwickelt werden, der in einem tatsächlichen Geldmitteltransfer mündet, sodass die GKV einen Anreiz hat, Rehabilitationen zu bewilligen. Die Forschungsergebnisse des Projekts sollen anschließend in der Politik beraten und in die Praxis umgesetzt werden.

Im Koalitionsvertrag der Landesregierung ist die Forderung nach einem Ausgleichsmechanismus zwischen GKV und SPV enthalten. Die Landesregierung will die Beteiligung der Pflegekassen an der Entscheidung und der Finanzierung einer Reha-Maßnahme sicherstellen. Die Landesregierung wird sich zugleich für einen Ausgleichsmechanismus zwischen der GKV und der SPV einsetzen, der in einem tatsächlichen Geldmitteltransfer mündet.

Die Landesregierung hält die Übernahme einer finanziellen Mitverantwortung durch die Pflegeversicherung, die von einem Rehabilitationserfolg im Sinne einer Vermeidung oder Verschiebung von Pflegebedürftigkeit einen Nutzen hat, für sinnvoll, um eine Stärkung der Investitionen in den Bereich der Rehabilitation zu bewirken.

*d) Die Deckelung der Rehabilitationsausgaben der GRV soll abgeschafft oder das Budget der GRV erhöht und dynamisiert werden.*

Mit den geburtenstarken Jahrgängen der frühen 1960er Jahre gelangten in den vergangenen Jahren deutlich größere Versichertenkohorten in jene Altersgruppen, die besonders häufig einen Rehabilitationsbedarf aufweisen. Außerdem machen insbesondere die zunehmende Arbeitsverdichtung sowie die Verlängerung des Erwerbslebens durch die „Rente mit 67“ gezielte Leistungen zur Rehabilitation notwendig, für deren Durchführung nach entsprechender Bewilligung als Leistungsträger regelmäßig die gesetzliche Rentenversicherung zuständig ist.

Damit die Rentenversicherungsträger ihren gesetzlichen Auftrag erfüllen können, jedem Versicherten bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen die beantragte Rehabilitationsleistung zu bewilligen, müssen die beschriebenen Veränderungen bei der Finanzausstattung der Träger Beachtung finden.

Die Bundesregierung hat dies im Rahmen des RV-Leistungsverbesserungsgesetzes vom 23. Juni 2014 getan und das Reha-Budget an die demografische Entwicklung angepasst. Rückwirkend zum 1. Januar 2014 wird das jährliche Reha-Budget dadurch zunächst um rund 100 Millionen Euro erhöht. Die Demografiekomponente ist zudem zusätzlich neben der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer als gesonderter Faktor zu berücksichtigen.

Die Landesregierung begrüßt die Neujustierung des Reha-Budgets. Die Länder hatten sich bereits in den Jahren vor der Verabschiedung des RV-Leistungsverbesserungsgesetzes im Bundesrat dafür eingesetzt, die demografische Entwicklung bei der Anpassung des Reha-Budgets angemessen zu berücksichtigen. Ob die neue Regelung dem jeweiligen Rehabilitationsbedarf angemessen Rechnung trägt und wie sich weitere Entwicklungen, beispielsweise Veränderungen im Krankheitspektrum (feststellbar ist hier seit Jahren eine Zunahme psychischer Störungen) auf den Finanzbedarf auswirken, wird die Landesregierung beobachten.

*e) Maßnahmen der Qualitätssicherung müssen zusätzlich vergütet werden.*

Vgl. hierzu Erläuterungen zu Ziffer 3.2.2.11 Buchstabe a.

*f) Die Enquetekommission fordert die Verankerung eines Rechtsanspruchs der Rehabilitationseinrichtungen auf eine leistungsorientierte Vergütung im SGB V und SGB IX, die auch die Investitionskosten umfasst.*

Dies ist erklärtes Ziel der Landesregierung im Koalitionsvertrag – vgl. Ziffer 3.2.2.11 Buchstabe a.

### **3.2.3.1 Qualitätssicherung Krankenhaus**

*Handlungsempfehlungen:*

*Die Enquetekommission empfiehlt den Ausbau der Entwicklung und der Anwendung von Qualitätsindikatoren in der Pflege.*

*Die Enquetekommission regt an, Qualitätssicherung zukünftig gesondert zu vergüten. Bereits gesetzlich vorgeschriebene Qualitätsmanagementbeauftragte (QMBs) sollen im Budget zusätzlich aufgeführt und honoriert werden. Weiter ist zu prüfen, ob eine verbindliche stellenmäßige Festsetzung von QMBs nach Bettenzahl eingeführt werden soll. Bezüglich der QM-Ausbildungen soll die Festlegung eines einheitlichen Curriculums und einheitlicher Zugangsvoraussetzungen geprüft werden.*

Konkrete und verbindliche Regelungen für die Qualitätssicherung im Krankenhaus trifft der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Der G-BA wird seit 1. Januar 2016 vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung gem. § 137a SGB V unterstützt. Das IQTIG erarbeitet im Auftrag des G-BA Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und wirkt an deren Umsetzung mit.

Die Bundesländer haben in diesem Obersten Gremium der Selbstverwaltung seit kurzem ein Mitberatungs-, aber kein Stimmrecht. Anregungen für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der Pflege können in die Beratungen eingebracht, aber bei Abstimmungen nicht unterstützt werden. Auch Regelungen zu Qualifikation, Anzahl und Refinanzierung von Qualitätsmanagementbeauftragten fallen in die Zuständigkeit der Selbstverwaltung bzw. des Bundesgesetzgebers.

### 3.2.3.2 Geriatrische Versorgung

*a) Die Enquetekommission empfiehlt, das im Jahr 2014 neu gefasste Geriatriekonzept in allen seinen Teilen zu realisieren. Beispielsweise sollen rehabilitative Maßnahmen nicht erst im Anschluss an eine Akutbehandlung, sondern bereits im Akutkrankenhaus einsetzen. Dazu bedarf es einer flächendeckenden geriatrischen Versorgung und einer entsprechenden Refinanzierung.*

Die Landesregierung misst einer qualitativ hochwertigen geriatrischen Versorgung in allen Sektoren der medizinischen Versorgung einen sehr großen Stellenwert zu. Daher moderiert das Sozialministerium die Umsetzung des Geriatriekonzepts Baden-Württemberg 2014 in allen Sektoren der Versorgung. Sie sieht das Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014 als ein dynamisches Konzept an, das laufend an neue Entwicklungen angepasst und dementsprechend weiterentwickelt werden muss.

Zur Begleitung des Prozesses der Umsetzung und Weiterentwicklung hat das Sozialministerium einen Landesbeirat Geriatrie eingerichtet, in dem neben dem Sozialministerium u. a. auch die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), die geriatrischen Landesarbeitsgemeinschaften, die Baden-Württembergisch Krankenhausgesellschaft, die Landesärztekammer und Landes Zahnärztekammer, weitere an der geriatrischen Versorgung beteiligte Berufsgruppen, die kommunalen Landesverbände, der Landesseniorenrat und die Kassenzahnärztliche und die Kassenzahnärztliche Vereinigung vertreten sind. Die Landesregierung sieht die geriatrische Rehabilitation als eine wesentliche Säule in der Sicherung der Lebensqualität und der medizinischen Versorgung alter Menschen in Baden-Württemberg und von zentraler Bedeutung auch für die Pflegeinfrastruktur des Landes. Denn nur wenn es gelingt, durch effiziente und qualifizierte geriatrische Leistungen Pflegebedürftigkeit zu verhindern, abzumildern oder hinauszuzögern, wird das übergeordnete Ziel, den Menschen verstärkt ein Verbleiben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen, erreichbar sein.

Rehabilitative Behandlung sollte aber immer und besonders in der Geriatrie so früh wie möglich, also bereits während der Krankenhausbehandlung beginnen. Diese können Krankenhäuser als geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung erbringen, die eine Krankenhausbehandlung darstellt mit einem Fokus auf rehabilitativen Maßnahmen. Eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung kann erbracht und abgerechnet werden, sofern ein akutstationärer Behandlungsbedarf besteht und formale Leistungsinhalte, insbesondere hinsichtlich Struktur- und Prozessqualität, die von der Selbstverwaltung festgelegt und regelmäßig angepasst werden, erfüllt sind.

Die Landesregierung sieht es darüber hinaus als notwendig an, die Strukturen und Abläufe in allen Krankenhäusern verstärkt auf die Bedürfnisse alter Menschen auszurichten und vermehrt geriatrische Behandlungseinheiten in Akutkrankenhäusern zu etablieren. Dies gilt besonders für die Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus, die aufgrund der häufigen Entwicklung eines Delirs mit herausforderndem Verhalten besonders gefährdet sind, Sedierungen oder freiheitsentziehende Maßnahmen zu erdulden. Durch die krankenhauserplanerische



Ausweisung geriatrischer Zentren und Schwerpunkte ist grundsätzlich eine flächendeckende Geriatrische Behandlungskompetenz sichergestellt. Geriatrische Behandlungseinheiten können von den Krankenhausträgern eigenverantwortlich etabliert werden. Qualitätskriterien für die Etablierung geriatrischer Behandlungseinheiten sind im Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014 niedergelegt. Die Einrichtung einer gemischten geriatrisch-gerontopsychiatrischen Station als Modellprojekt wurde im Landeskrankenhauseusschuss am 2. März 2016 zustimmend beraten.

Die Standorte von Geriatrischen Behandlungseinheiten sind auf einer Angebotslandkarte auf der Homepage des Ministeriums für Soziales und Integration als Anhang des Geriatriekonzepts Baden-Württemberg 2014 dargestellt. Die Entwicklung der Etablierung von Geriatrischen Behandlungseinheiten soll evaluiert werden. Die Landesregierung erwägt, künftig Krankenhäuser mit Geriatrischen Behandlungseinheiten auch im Landeskrankenhausesplan explizit auszuweisen.

*b) Weiter müssen bauliche Aspekte, die die Besonderheit der Bedarfe von geriatrischen und demenzkranken Patientinnen und Patienten berücksichtigen, stärker beachtet werden. (Siehe 3.2.2.6) Die Enquetekommission fordert die Landesregierung auf zu prüfen, ob das Volumen des regulären Investitionsförderprogramms ausreichende Umsetzungsmöglichkeiten für derartige Maßnahmen bietet.*

In der Vergangenheit wurden bereits im Bereich der Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)-Investitionsprogramme des Landes geriatrische Pflegebereiche gefördert. Schon im Bereich der Raum- und Funktionsprogramme wird ein Flächenmehrbedarf von 4 bis 6 m<sup>2</sup> pro Planbett in der Geriatrie gegenüber einem Normalpflegebett anerkannt. Diese Zusatzflächen resultieren aus dem erhöhten Einzelzimmerbedarf einer solchen Station und aus dem Mehrbedarf an Nebenflächen (Lager, Ver- und Entsorgung) und Aufenthaltsbereichen.

Auch die spezielle bauliche Umsetzung wird vom Sozialministerium insoweit begleitet, dass die zusätzlich notwendigen baulichen Maßnahmen (Schließsysteme, entsprechende Nasszellen, technische Besonderheiten) bei der Förderung ebenfalls Berücksichtigung finden.

Die neue Landesregierung hat sich mit dem Koalitionsvertrag das Ziel gesetzt, dass das Land Baden-Württemberg seiner Verantwortung für die Investitionen in die Krankenhäuser gerecht werden wird. Aus den Mitteln der Investitionsförderung der Krankenhäuser können dann weiterhin die baulichen Strukturen für die Versorgung dementer und geriatrischer Patientinnen und Patienten finanziert und auch geriatrische Behandlungseinheiten nach dem Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014 berücksichtigt werden.

*c) Das pflegerische, medizinische und therapeutische Personal benötigt eine spezielle zusätzliche gerontopsychiatrische Aus- und Fortbildung. In diesem Bereich müssen die Einrichtungen für geeignete Fortbildungsangebote bzw. Weiterbildungsangebote und deren Nutzung sorgen. Weiter bedarf es Konzepte, die sicherstellen, dass das erworbene Wissen in den Alltag übertragen und angewendet wird. Zudem wird empfohlen, vermehrt Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Krankenhäusern zu beschäftigen, um die spezifischen Kompetenzen zum Umgang mit neurodegenerativen Erkrankungen in die Versorgungsteams zu integrieren. Inwiefern die zukünftige Pflegeausbildung hier einen Beitrag leisten könnte, wird im Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“ betrachtet.*

Die Landesregierung sieht einen deutlichen Bedarf an gerontopsychiatrischer Aus-, Fort- und Weiterbildung des medizinischen Personals der pflegerischen, ärztlichen und therapeutischen Berufsgruppen, da nahezu in allen Fachabteilungen geriatrische Patientinnen und Patienten versorgt werden. In den Ausbildungen des medizinischen Personals werden geriatrische und gerontopsychiatrische Kenntnisse zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Das medizinische Personal hat in vielen Krankenhäusern Zugang zu entsprechenden Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Die Krankenhäuser können hierfür auch auf das Fortbildungsangebot der Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren

zurückgreifen, denen im Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014 die Aufgabe zugewiesen wurde, mit der Organisation von Fortbildungen und Fallkonferenzen geriatrische und gerontopsychiatrische Kompetenz verstärkt in den Krankenhäusern zu verankern.

Angesichts der Dimension des zu schulenden Personals erscheint es adäquat, die Fortbildungen von Basisqualifikationen bis hin zu Spezialkenntnissen abzustufen.

*d) Es wird den Einrichtungen im Rahmen einer Selbstverpflichtung empfohlen, bei Aufnahme einer neuen Patientin oder eines neuen Patienten den Geriatrie-Check entsprechend dem Geriatriekonzept 2014 durchzuführen. Weiter werden die Etablierung demenzsensibler Konzepte sowie die Einrichtung geriatrischer Behandlungseinheiten empfohlen. In diesem Zusammenhang soll auch die Einrichtung von „Geronto“-Zimmern durch die Einrichtungen geprüft werden.*

Die Landesregierung schätzt eine frühe Identifikation geriatrischer Risikoprofile als sehr wichtig ein. Die frühe Identifikation kann eine Erkennung geriatritypischer Risikopotenziale gewährleisten und so die frühzeitige Einleitung der individuell notwendigen Behandlungsmaßnahmen. Die Unterzeichner des Geriatriekonzepts Baden-Württemberg 2014 haben sich im Sinne einer Selbstverpflichtung darauf verständigt, den Geriatrie-Check in den Krankenhäusern zu etablieren. Das Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014 stellt entsprechendes Material zur Verfügung.

Die Unterstützung der Implementierung der hierfür notwendigen Prozesse stellt eines der Aufgabengebiete der Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren dar. Mit Handlungsanleitungen haben diese Standards für die Umsetzung erarbeitet, die künftig auch einer Zertifizierung und der Refinanzierung über Zentrumszuschläge nach dem Krankenhaus-Entgeltgesetz dienen können.

Die Landesregierung hält die Empfehlung dieses Verfahrens für sinnvoll, auch wenn der Geriatrie-Check letztlich nur eines von mehreren Identifikationsverfahren darstellt (siehe auch die unter Beteiligung der Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrie erstellte Arbeitshilfe der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft zur „Identifikation des geriatrischen Patienten“).

### **3.2.3.3. Personalsituation**

*Handlungsempfehlungen:*

*Um die hohe Belastung des Pflegepersonals im Krankenhaus zu senken und auch zukünftig eine qualitativ hochwertige Versorgung durch das Pflegepersonal gewährleisten zu können, gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen:*

- a) Die Enquetekommission regt die Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung der aktuellen Beschäftigung durch gesetzgeberische Maßnahmen an. Bestehende Programme, wie zum Beispiel das Pflege-Förderprogramm, die in diese Richtung gehen und Erfolge erzielt haben, sind weiterzuentwickeln.*
- b) Die Enquetekommission setzt sich für die Einführung eines Kostengewichts Pflege oder eines vergleichbaren Systems ein, welches zur Folge hätte, dass der Pflegebedarf in der Finanzierungslogik abgebildet wird. Langfristig ist die Einführung eines eigenen Kostengewichts Pflege im DRG-System vorstellbar. Dieses künftige System muss über das vorhandene DRG-System oder über ein neues System refinanziert werden können. Es soll geprüft werden, welches System der Personalbemessung geeignet ist.*
- c) Als kurzfristige Maßnahme soll umgehend ein Sonderprogramm eingerichtet werden, das sich mindestens an der Größenordnung der 1997 abgeschafften Pflegepersonalregelung orientiert. Damit können kurzfristig deutlich mehr Stellen geschaffen werden, um das Pflegepersonal zu entlasten.*

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sieht Verbesserungen hinsichtlich der Refinanzierung der Personalkosten vor, die sich ab dem Jahr 2017 auswirken werden.

Konkrete Ansätze hinsichtlich der Personalkosten insbesondere in der Pflege sind vor allem ein Pflegezuschlag (Mittelvolumen pro Jahr 500 Mio. €) ab 2017, der nach Pflegepersonalkosten verteilt wird, die anteilige Refinanzierung von Tarifsteigerungen und das Pflegestellenförderprogramm (110 Mio. EUR 2016, 220 Mio. EUR 2017; 330 Mio. EUR 2018). Zudem wird das Hygieneförderprogramm bis 2019 verlängert und Fehlanreize durch Übervergütung bei sinkenden Sachkosten sollen analysiert und beseitigt werden, sodass mittelbar personalintensive Leistungen profitieren.

Eine Expertenkommission beim BMG hat den Auftrag, bis 31. Dezember 2017 Vorschläge zu erarbeiten, wie die zusätzlichen Finanzmittel des Pflegestellenförderprogramms dem Krankenhausbereich zur Förderung der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung dauerhaft zur Verfügung gestellt werden können.

Das ursprüngliche Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG zur Krankenhausstrukturreform sah einen Entwicklungsauftrag für ein Personalbemessungssystem im DRG-System vor, dieser Ansatz wurde im Gesetzgebungsverfahren nicht aufgegriffen.

Die Landesregierung ist der Auffassung, dass die konkreten Auswirkungen der Zuschläge und die Ergebnisse der Expertenkommission beobachtet und bewertet werden sollten. Darüber hinaus wird sie sich für eine Weiterentwicklung des Vergütungssystems zur flächendeckenden Sicherstellung der Krankenhausversorgung einsetzen, mit besonderem Augenmerk auf einer Überprüfung der Fallpauschalen und dem Ziel einer besseren Abbildung der Personalkosten im Pflegebereich.

*d) Das gesellschaftliche Ansehen der Gesundheitsberufe muss verbessert werden. Pflegefachkräfte können deutlich stärker als bislang durch qualifiziertes Service- und Assistenzpersonal unterstützt werden.*

Es ist das Ziel der Landesregierung, das gesellschaftliche Ansehen der Pflegeberufe zu verbessern, allerdings hat die Landesregierung auf wichtige Faktoren, die das berufliche Ansehen maßgeblich mitbestimmen, wie die Entlohnung und die Arbeitsbedingungen, keinen oder nur sehr begrenzt Einfluss. Baden-Württemberg bietet im Service- und Assistenzbereich Ausbildungen an, die aber von den Einrichtungen nicht stark nachgefragt werden. Die vom Wissenschaftsrat empfohlene und von der Landesregierung aktiv unterstützte Teilakademisierung der Pflegeberufe (vgl. 3.6.7) kann dazu beitragen, das gesellschaftliche Ansehen von Gesundheitsberufen zu erhöhen und den Angehörigen dieser Gesundheitsberufe neue attraktive Karriereperspektiven zu eröffnen.

*e) Die Enquetekommission betrachtet es als essentiell für die Sicherstellung der zukünftigen Versorgung im Gesundheitswesen, dass sich die Berufsgruppenorientierung in eine Teamorientierung wandelt. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit muss gefördert werden.*

Es ist das Ziel der Landesregierung, die multiprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern. Um das gegenseitige Verständnis der Berufsgruppen schon durch gemeinsames Lernen zu vertiefen, bieten einige Hochschulen Studiengänge für mehrere Berufsgruppen an bzw. öffnen einzelne Vorlesungen auch für Studierende anderer Fachrichtung. An der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg wird seit 2011 der ausbildungsintegrierende Bachelor-Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“ angeboten. Zum Sommersemester 2016/17 wird der Studiengang mit Mitteln aus dem vom Wissenschaftsministerium aufgelegten Förderprogramm „Akademisierung der Gesundheitsfachberufe“ um jährlich 15 Studienanfängerplätze auf insgesamt 40 Plätze pro Jahr erweitert. Perspektivisch wird sich die Berufsgruppenorientierung in Richtung Kompetenzorientierung verschieben. Auch Vorgaben in Fachplanungen des Landes und zur Erbringung bestimmter Komplexbehandlungen legen den Schwerpunkt auf die Multiprofessionalität der Behandlung.

f) *Es muss so viel Personal in der stationären Gesundheits- und Krankenpflege zur Verfügung stehen, dass Pflegende Zeit für Patientenedukation und therapeutische Pflege haben.*

g) *Es müssen Konzepte entwickelt werden, welche die Einbeziehung der Angehörigen in diesem Bereich fördern.*

Die Landesregierung unterstützt diese fachlich sinnvollen Ansätze durch Vorgaben in einzelnen Fachplanungen des Landes wie der Neurologischen Frührehabilitation Phase B und der Schlaganfallkonzeption. Auch Vorgaben zur Erbringung bestimmter Komplexbehandlungen beziehen therapeutische Pflege und Edukation ein. Auch aktuelle Behandlungsleitlinien unterstützen diese Ansätze.

h) *Die Enquetekommission regt an, Modellversuche nach § 63 Abs. 3 SGB V zur Erprobung der Erweiterung des Zuständigkeits- und Verantwortungsbereichs in den der Pflege benachbarten heilkundlichen Bereich auf den Weg zu bringen.*

Das Sozialministerium und die AOK Baden-Württemberg sind seit längerem wegen eines Modellprojekts nach § 63 Abs. 3 c SGB V im Gespräch. Mittlerweile sind weitere Akteure eingebunden. Gemeinsam wird eine Vorhabensskizze erarbeitet, die den zuständigen Bundesministerien zur Abstimmung vorgelegt werden soll.

#### **3.2.3.4 Entlassungsmanagement**

a) *Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, konsequent den DNQP Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege umzusetzen.*

b) *Einrichtungen sollen für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige, bezogen auf das jeweilige Krankheitsbild und den damit zusammenhängenden Pflegebedarf, spezifische Schulungen und Beratungen anbieten. Nach dem Krankenhausaufenthalt soll eine abgestufte Beratung und Versorgung erfolgen.*

c) *Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen die Einführung eines Case-Managements mit medizinischer, sozialpädagogischer und pflegerischer Kompetenz.*

d) *Um eine bessere Planbarkeit der Entlassung zu ermöglichen, sollen Einrichtungen vermehrt sogenannte Clinical Pathways einführen.*

Der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung stellt eine besonders kritische Phase der Behandlungs- und Versorgungskette für die betroffenen Patientinnen und Patienten dar.

Gem. § 11 Abs. 4 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Gem. § 39 Abs. 1 a S. 1 SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung ein Entlassungsmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. Gemäß § 31 LKHG sorgt ein sozialer Krankenhausdienst dafür, dass die zur Pflege, Nachsorge und Rehabilitation notwendigen Maßnahmen eingeleitet werden.

Im Rahmen des im Jahr 2015 in Kraft getretenen GKV-VSG wurden die Aufgaben der am Entlassungsmanagement beteiligten Akteure stärker konkretisiert. Krankenhäuser können ihren Patientinnen und Patienten bei Entlassung aus der stationären Behandlung für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen häusliche Krankenpflege, Arzneimittel, Hilfsmittel, und Soziotherapie verordnen. Dies dürfte insbesondere zu einer deutlichen Verbesserung der sektorenübergreifenden Arzneimittelversorgung führen. Das Nähere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen und zur Erbringung des Ordnungsrechts sollen der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Vereinigung und die Deutsche

Krankenhausgesellschaft nunmehr in einer dreiseitigen Vereinbarung treffen. Die Versicherten haben gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des vom Krankenhaus organisierten Entlassungsmanagements.

Zahlreiche Krankenhäuser haben bereits ein Entlassungsmanagement etabliert. Dabei können Checklisten, Expertenstandards oder auch die Einführung eines multiprofessionellen Case-Managements oder von klinischen Behandlungspfaden hilfreich sein. Auch der verstärkte Einbezug von Angehörigen ist aus Sicht der Landesregierung ein sinnvoller Ansatz.

*e) Die Enquetekommission fordert die Einrichtungen dazu auf, im Rahmen einer strukturierten (Pflege-)Überleitung dafür zu sorgen, dass die weiterversorgende Institution über das notwendige Wissen verfügt, um eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Die Enquetekommission empfiehlt diesbezüglich zu prüfen, ob die Einführung einer digitalen Gesundheitsakte dabei förderlich ist.*

Die Herausforderung liegt vor allem in einer besseren sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungserbringer. Zur Überwindung von Schnittstellenproblemen wäre grundsätzlich die Einführung einer digitalen Patientenakte sinnvoll und hilfreich; die Erfahrungen mit der elektronischen Gesundheitskarte zeigen aber die Schwierigkeiten eines solchen Vorhabens. Zudem bestehen hohe datenschutzrechtliche Hürden.

Mit dem 2016 in Kraft getretenen E-Health-Gesetz wird der Einstieg in die elektronische Patientenakte gefördert. So soll die zuständige gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH bis Ende 2018 die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Daten über den Patienten (z. B. Arztbriefe, Notfalldaten, Daten über die Medikation) in einer elektronischen Patientenakte bereitgestellt werden können. Ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung im Sinne der Empfehlung der Enquetekommission wäre damit getan.

Zur Verbesserung des Informationsaustausches zwischen ärztlichen Leistungserbringern wird derzeit in einem Feldtest von der KV Telematik GmbH der elektronische Arztbrief erprobt (eArztbrief). Die bisherigen Auswertungen des Feldtests zeigen, dass diejenigen, die den eArztbrief installiert haben, ihn auch schnell in ihre täglichen Arbeitsabläufe integrieren und den Nutzen hoch bewerten. Bis Ende 2016 sollen die am Feldtest teilnehmenden Vertragsärzte auch bei einem eArztbriefaustausch mit Krankenhäusern unterstützt werden.

*f) Die Enquetekommission fordert, Regelungen zu erarbeiten, die es Sozialstationen, welche das Entlassungsmanagement koordinieren, ermöglichen, dieses refinanziert zu bekommen.*

Die Versicherten haben gegenüber dem Krankenhaus gemäß § 39 Absatz 1 a SGB V einen Anspruch auf ein Entlassungsmanagement. Das Entlassungsmanagement ist Bestandteil der Krankenhausbehandlung. Hierzu gehört insbesondere, dass ein sozialer Krankenhausdienst dafür sorgt, dass die zur Pflege, Nachsorge und Rehabilitation notwendigen Maßnahmen eingeleitet werden [siehe auch Nr. 3.2.3.4. lit. 1)].

Im Rahmen des Entlassungsmanagements hat daher der Sozialdienst des Krankenhauses festzustellen, was der Patient für die Anschlussversorgung benötigt. Sollte z. B. auch ein Bedarf nach häuslicher Krankenpflege festgestellt werden, dann wird der Sozialdienst dem Patienten einen Kontakt zu einem ambulanten Pflegedienst (Sozialstation) vermitteln. Auf Grundlage einer Verordnung von häuslicher Krankenpflege kann daraufhin der Patient ggf. die Dienstleistungen einer Sozialstation in Anspruch nehmen.

In Folge des Entlassungsmanagements des Krankenhauses werden somit den Sozialstationen neue Patienten zugeführt. Dabei entsteht den Sozialstationen Beratungs- und Koordinationsaufwand.

*g) Die Enquetekommission empfiehlt den Kranken- und Pflegekassen, die Brückenpflege auszuweiten und die bisherige Einschränkung auf Menschen mit Krebserkrankungen aufzuheben.*

Aufgrund der Verträge zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ist die Versorgung von Menschen in palliativer Situation auch ohne Krebserkrankungen möglich. Zu beachten ist zudem eine vom Gesetzgeber im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes Ende 2015 neu geschaffene Regelung in § 39 c SGB V. Patientinnen und Patienten, die nach einem längeren Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation außerhalb eines Krankenhauses vorübergehend weiter versorgt werden müssen, können eine Kurzzeitpflege als neue Leistung der gesetzlichen Krankenkassen in einer geeigneten Einrichtung in Anspruch nehmen. Ergänzend dazu werden die Ansprüche auf häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe erweitert. Damit werden bestehende Versorgungslücken geschlossen, wenn Patienten noch nicht im Sinne der sozialen Pflegeversicherung pflegebedürftig sind und deshalb keine Ansprüche auf Pflegeleistungen haben.

*h) Beim Übergangsmangement soll der MDK regelhaft die Prognose stellen, dass die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich länger als sechs Monate andauert, analog der Handhabung in Bayern.*

*i) Die Enquetekommission empfiehlt, die Eilbegutachtung (Prüfung innerhalb von 48 Stunden) durch den MDK auszubauen. Hierbei sind auch zunächst telefonische Kontakte denkbar.*

Hier handelt es sich um die Begutachtungen der Pflegebedürftigkeit mit verkürzter Begutachtungsfrist gemäß § 18 Abs. 3 SGB XI. Danach sind Begutachtungen unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn der Antragsteller sich im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist.

Der MDK weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass gemäß der vom MDS für das Jahr 2015 zur Verfügung gestellten Statistik über die Einhaltung von Fristen gemäß § 18 Abs. 3 SGB XI der MDK Baden Württemberg die gesetzlich vorgeschriebene verkürzte Begutachtungsfrist in 97,9% der Fälle eingehalten hat. Die durchschnittliche Laufzeit betrug 1,5 Kalendertage und liegt damit unterhalb des genannten Zeitrahmens von 48 Stunden. Darüber hinaus schätzt der MDK Baden-Württemberg in diesen Fällen in der Tat regelhaft die weitere voraussichtliche Entwicklung der Pflegebedürftigkeit ab (Prognose) und gibt einen Termin zur Wiederholungsbegutachtung an, der im direkten Bezug zur angegebenen Prognose steht.

*j) Krankenkassen sollen bei Rehabilitationsanträgen, die aus dem Krankenhaus gestellt werden, nach Maßgabe der Richtlinie des GKV-Spitzenverbands gemäß § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung) auf den Einbezug des MDK verzichten, insbesondere auch bei Verlängerungsanträgen.*

Die Forderung der Enquetekommission wird im Hinblick auf eine schnelle Einleitung einer erforderlichen RehaMaßnahme als sinnvoll erachtet. Dies ist im SGB V als Möglichkeit für die GKV bereits geregelt – § 275 (2) Nr. 1 SGB V.

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass das Sozialministerium über die landesunmittelbaren Krankenkassen die Rechtsaufsicht und nicht die Fachaufsicht führt. D.h. die Entscheidung einer Krankenkasse, ob in diesen Fällen eine Stichprobenprüfung durch den MDK erfolgen soll, obliegt der Krankenkasse.

*k) Das Verfahren der MDK-Prüfung soll patientengerechter gestaltet werden. Dazu gehört eine Kommunikation auch zwischen MDK und der niedergelassenen Ärzteschaft.*

Wer eine Pflegestufe beantragt, entbindet in aller Regel den Hausarzt von seiner Schweigepflicht. Dadurch ist gewährleistet, dass der MDK im Rahmen seiner

Prüfung alle erforderlichen Unterlagen vom Hausarzt anfordern kann. Dieses Verfahren verursacht jedoch einen gewissen Aufwand, der zeitliche Verzögerung bei der Begutachtung zur Folge haben kann. In der Regel bittet daher der MDK die Antragsteller, beim Hausbesuch ärztliche Unterlagen bereitzustellen. Dieses Verfahren wird als zielführend erachtet.

*l) Die Enquetekommission fordert alle Akteure auf, den Rechtsanspruch auf ein entsprechendes Versorgungsmanagement konsequent umzusetzen und dieses zu implementieren.*

Versicherte haben gemäß § 11 Absatz 4 SGB V Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen.

Um nach Abschluss der Krankenhausbehandlung geriatrische Patientinnen und Patienten eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit zu erleichtern, haben die Versicherten gegenüber dem Krankenhaus einen Anspruch auf ein Entlassmanagement. Das Entlassmanagement ist Bestandteil der Krankenhausbehandlung. Hierzu gehört insbesondere, dass ein sozialer Krankenhausdienst dafür sorgt, dass die zur Pflege, Nachsorge und Rehabilitation notwendigen Maßnahmen eingeleitet werden.

Der Gesetzgeber hat mit der Neuregelung des § 39 Absatz 1 a SGB V im Rahmen des im Jahr 2015 in Kraft getretenen GKV-VSG die Aufgaben der am Entlassmanagement beteiligten Akteure stärker konkretisiert. Krankenhäuser können ihren Patientinnen und Patienten bei Entlassung aus der stationären Behandlung für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen häusliche Krankenpflege, Arzneimittel, Hilfsmittel, und Soziotherapie verordnen.

Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des vom Krankenhaus organisierten Entlassmanagements. Soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander.

Auch wenn das Entlassmanagement nach einem Krankenhausaufenthalt grundsätzlich eine Aufgabe der Krankenhäuser ist, bleibt es die Aufgabe der Vertragsärzte, die ambulante Versorgung der Versicherten nach einer Krankenhausbehandlung sicherzustellen. Das Krankenhaus kann in Folge der Neuregelung des § 39 Absatz 1 a SGB V Aufgaben des Entlassmanagements auf einen weiterbehandelnden Arzt übertragen. Sinnvoll ist dies etwa, wenn eine umfassende ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist und der Patient bereits einen weiterbehandelnden Vertragsarzt ausgewählt hat (z. B. Weiterbehandlung onkologischer Patienten).

Zur Umsetzung dieser Neuregelung bedarf es eines dreiseitigen Rahmenvertrags der Selbstverwaltung auf Bundesebene (Vertragsärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen)

*m) Die Enquetekommission appelliert an Pflegende, sich aktiv an kommunalen Gesundheitskonferenzen zu beteiligen, um sich in die Versorgungsplanung einzubringen.*

Die Landesregierung unterstützt diese Handlungsempfehlung.

*n) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, Forschungsprojekte zu initiieren, welche die weiteren Verläufe nach der Entlassung aus dem Krankenhaus und der Überweisung in Pflegeheime erheben. Dabei ist beispielsweise auf die Verweildauer im Pflegeheim oder anschließende Versorgungsformen zu achten.*

Im Auftrag des Sozialministeriums wird derzeit eine Studie zur „Analyse geriatrischer Versorgungsstrukturen“ durchgeführt. Im Rahmen dieser Studie werden

Versorgungspfade für Patienten von einem Alter von über 70 Jahre und Beispieldiagnose Schenkelhalsfraktur und Schlaganfall in Baden-Württemberg nachvollzogen, mit Betrachtung von Krankenhausbehandlung, Rehabilitation, ambulanter Behandlung, stationärer und/ oder ambulanter Pflege etc. Aus dieser Studie verspricht sich die Landesregierung daher auch Rückschlüsse auf Potenziale zur Verbesserung der Verläufe nach der Entlassung aus dem Krankenhaus und der Überweisung in Pflegeheime.

### **3.3.1 Pflegebedürftigkeit in Baden-Württemberg**

*Die Enquetekommission Pflege empfiehlt der Landesregierung daher, eine aussagekräftige Pflegeberichterstattung einzuführen, die Entwicklungstrends regelmäßig erfasst und die Datenlage auf die lokale Ebene herunterbricht.*

Für die Umsetzung einer modernen Pflegepolitik ist eine aussagekräftige Pflegeberichterstattung zwingend erforderlich. Eine Pflegeberichterstattung auf Landesebene, deren Inhalte zur Entscheidungsfindung auch auf lokale Ebene heruntergebrochen werden können, ist eine sinnvolle Plattform für Vergleiche, Hochrechnungen und die Verbreiterung guter Praxis.

Die Pflegeberichterstattung muss sowohl quantitative als auch qualitative Aspekte pflegerischer Versorgung darstellen. Sie muss geeignet sein, den Ausbau der Pflegeinfrastruktur weiter zu entwickeln und der Landesregierung Entscheidungen zu Interventionen, wie Fördermaßnahmen, zu ermöglichen.

### **3.3.2 Beratung**

*Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, ausgehend vom derzeitigen Angebot der Pflegestützpunkte, kostenträgerunabhängig, exemplarisch ein leistungsfähiges Beratungs- und Case-Management aufzubauen. Es soll gesichert sein, dass alle Menschen mit Pflegebedarf sowie deren Angehörige eine Person ihres Vertrauens zur Seite haben, die sie unabhängig informiert und über Hilfsangebote und deren Finanzierung berät. Das neue Angebot muss, um die Instanzenvielfalt für die Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige gering zu halten, in die bestehenden Versorgungsabläufe und vorhandenen Strukturen integriert sein und soll nicht als zusätzliche Instanz geschaffen werden. Ebenso muss die notwendige Beratung und Unterstützung für die Betroffenen und ihre Angehörige dabei in Wohnortnähe und neutral erfolgen.*

In Baden-Württemberg sind in 42 von 44 Stadt- und Landkreisen Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI errichtet. Die jeweiligen Pflegestützpunkte werden durch einen kommunalen Träger als geschäftsführendem Träger und den Pflege- und Krankenkassen als weitere Träger getragen. Mit Beratungs- und Begleitungsleistungen sollen Pflegestützpunkte den Rat- und Hilfesuchenden die Unterstützung geben, die sie oder ihr soziales Umfeld benötigen: von der präventiven Beratung bis zur Organisation und dem Management von gewünschten Versorgungsarrangements. Pflegestützpunkte bündeln die Beratung über alle pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen unter einem Dach.

Weiter dienen sie dazu, die auf der wohnortnahen Ebene vorhandenen Versorgungsangebote im Bereich der Pflege und der Gesundheitsversorgung so zu vernetzen, dass eine abgestimmte Versorgung und Betreuung der pflegebedürftigen Menschen ermöglicht. Die auf Landesebene eingerichtete Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte e. V. (stimmberechtigte Mitglieder sind die Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen und Kommunale Landesverbände; beratend wirkt das Sozialministerium mit) entscheidet über den Ausbau der Pflegestützpunkte. Die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e. V. hat sich auf den Ausbau der Pflegestützpunkte bis 2018 auf bis zu 72 Pflegestützpunkte verständigt, der jedoch an klare Qualitätsanforderungen geknüpft wird.

Personen, die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, haben nach § 7a SGB XI einen Rechtsanspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder einer Pflegeraterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die



Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung).

Vor dem Hintergrund, dass sich die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e. V. auf einen Ausbau der Pflegestützpunkte verständigt hat, die Pflegekassen für ihre Versicherten die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durchzuführen haben sowie zur Vermeidung des Aufbaus von Doppelstrukturen hält es die Landesregierung derzeit für nicht erforderlich, ein weiteres Beratungs- und Case-Management aufzubauen. Auch sind – sofern im 3. Pflegestärkungsgesetz (PSG III) die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen umgesetzt werden – die Wirkungsweise der dort empfohlenen Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen, beispielsweise Initiativrecht für die Kommunen zur Errichtung von Pflegestützpunkten oder Schaffung von „Modellkommunen Pflege“ abzuwarten. Insoweit wird auf die Ausführungen bei 3.1.3 Bezug genommen.

*Die Enquetekommission appelliert an die Landesregierung, in Kooperation mit den Pflegekassen und Kommunen Pflegestützpunkte flächendeckend einzurichten und mit dem erforderlichen Personal auszustatten.*

- a) *Pflegeberatung muss auch in Pflegestützpunkten in Anspruch genommen werden können.*
- b) *Insgesamt soll die Beratungsstruktur der Pflegestützpunkte ausgebaut und dabei kleinteiliger, mobiler und zugehender werden.*
- c) *Eine „aufsuchende“ Beratung z. B. in Betrieben soll durch alle Pflegestützpunkte angeboten werden.*
- d) *Die Pflegeberatung soll neutral erfolgen.*

Nach § 7 c SGB XI haben das Errichtungsrecht von Pflegestützpunkten die Pflegekassen und die Krankenkassen. Sofern im 3. Pflegestärkungsgesetz (PSG III) die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen umgesetzt werden, wird es dann ein Initiativrecht für kommunale Träger zur Errichtung von Pflegestützpunkten geben.

Die auf Landesebene eingerichtete Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte e. V. (stimmberechtigte Mitglieder: Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen und Kommunale Landesverbände; beratend wirkt das Sozialministerium mit) entscheidet über die Errichtung und Ausbau der Pflegestützpunkte. Das Land hat somit keine unmittelbare Entscheidungsfunktion zur Errichtung von Pflegestützpunkten. Insoweit ist der von der Enquetekommission gerichtete Appell zum flächendeckenden Ausbau von Pflegestützpunkten nicht an die Landesregierung, sondern an die Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen sowie die Kommunalen Landesverbände mit ihren Mitgliedern zu richten.

Die Landesregierung setzt sich auch für einen wohnortnahen Ausbau der Pflegestützpunkte ein und hat dies gegenüber der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e. V. stets deutlich gemacht. Im November 2015 hat sich die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e. V. auf den Ausbau der Pflegestützpunkte bis 2018 auf bis zu 72 Pflegestützpunkte verständigt, der jedoch an klare Qualitätsanforderungen geknüpft wird. Dabei ist und bleibt bei den Pflegestützpunkten das Neutralitätsgebot einzuhalten. Durch die Verständigung zwischen Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen und Kommunalen Landesverbänden auf einen Ausbau der Pflegestützpunkte unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, beispielsweise mit Außenstellenstrukturen, kann dem Ausbau der mobilen, zugehenden und „aufsuchenden“ Beratung noch besser Rechnung getragen werden. Die Landesregierung setzt sich für eine konzeptionelle Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte ein.

*Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung eine landesweite Struktur zugehender Beratung anzustoßen und Anreize zum Aufbau entsprechender Strukturen unter Einbeziehung der Pflegestützpunkte zu setzen.*

*a) Des Weiteren empfiehlt die Enquetekommission zu prüfen, inwiefern eine Stärkung der aufsuchenden Beratung nach SGB XI von der Bundesregierung gefördert werden kann.*

Für die Errichtung und den Ausbau von Pflegestützpunkten und zur Klärung von grundsätzlichen Fragestellungen zu diesem Themenkreis wurde in Baden-Württemberg ein Verein, die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e. V., gegründet. Im Vorstand sind stimmberechtigt alle Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen und alle Kommunalen Landesverbände sowie beratend das Sozialministerium vertreten. In der Mitgliederversammlung sind ergänzend nicht stimmberechtigt viele Leistungserbringerverbände und Verbände von Pflegebedürftigen Betroffener vertreten. Der Vorstand hat auf Arbeitsebene einen Fachausschuss eingerichtet. Die Organisationsstruktur der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e. V. gewährleistet eine gute Struktur der Zusammenarbeit, um sich zur systematischen Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte auszutauschen.

Die Landesregierung teilt die Einschätzung der Enquetekommission, die aufsuchende Beratung stärken zu müssen. Die Länder haben diese Betrachtung in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege eingebracht. Insoweit bleibt abzuwarten, wie die Bundesregierung die Stärkung der aufsuchenden Beratung aufgreifen und fördern wird.

*b) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Einrichtungen regionaler Pflegeausschüsse wie Pflegekonferenzen oder vergleichbarer Gremien.*

In dem sich derzeit im Gesetzgebungsverfahren befindende 3. Pflegestärkungsgesetz sind auch Regelungen zu einem sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss mit entsprechenden regionalen Ausschüssen vorgesehen. Sobald das 3. Pflegestärkungsgesetz in Kraft getreten ist, wird die Landesregierung die Einrichtung entsprechender Gremien prüfen.

*c) Die Enquetekommission empfiehlt den Anbietern von Pflege- und Betreuungsleistungen, sich zu Informations- und Versorgungsnetzen zusammenzuschließen, um dadurch flächendeckend, individuelle Beratung zu ermöglichen.*

Die Empfehlung wird grundsätzlich begrüßt.

*d) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Evaluation des Modellprojekts Präventive Hausbesuche (PräSenZ).*

Auf die Ausführungen zu 3.2.1.4 wird verwiesen.

### **3.3.3 Familiäre Pflege**

*a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, Konzepte zu entwickeln, die eine bessere Verzahnung von Pflege, Familie und Beruf ermöglichen. Hierzu sind auf Bundesebene Entwicklungen anzustoßen und zu unterstützen, die die Rahmenbedingungen hierfür ermöglichen. Weiter sollen Unternehmen Unterstützung bei der Entwicklung und Implementierung geeigneter Konzepte erhalten.*

Mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf vom 24. Dezember 2014 wurden Verbesserungen im Pflegezeitgesetz und im Familienpflegezeitgesetz geschaffen, um für Beschäftigte die Pflege naher Angehöriger, Familie und Beruf eine bessere Verzahnung zu ermöglichen.

Die Landesregierung unterstützt bereits seit 2008 im Rahmen des ESF-Projekts „family-NET“ kleine und mittlere Unternehmen (KMU) aller Branchen bei der

Entwicklung und Einführung einer familienbewussten und lebensphasenorientierten Personalpolitik durch Beratungs- und Unterstützungsangebote. Hierzu zählen insbesondere Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege.

Im Mittelpunkt stehen dabei Fragen zu Arbeitszeit, zur Arbeitsorganisation, zur Organisation von Kinderbetreuung sowie zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Regionale Arbeitskreise, Veranstaltungen, Seminare und Netzwerke mit Unternehmen, Kommunen und anderen Institutionen ermöglichen zudem einen Erfahrungsaustausch, organisieren Verbände und nutzen Synergien. Kleinen und mittleren Unternehmen stehen landesweit in zwölf Regionen Servicestellen zur Verfügung.

In der neuen Förderperiode des Europäischen Sozialfonds (ESF) im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2017 fördert die Landesregierung das Projekt „familyNET“ mit insgesamt rund 1,2 Mio. Euro aus Mitteln des ESF (856.000 Euro) und Kofinanzierungsmitteln des Landes (342.000 Euro). Darüber hinaus beteiligen sich der Verband der Metall- und Elektroindustrie Baden-Württemberg e. V. – Südwestmetall und der Arbeitgeberverband Chemie Baden-Württemberg e. V. mit insgesamt rund 506.000 Euro. Die BBQ Berufliche Bildung gGmbH, eine Tochtergesellschaft des Bildungswerkes der Baden-Württembergischen Wirtschaft e. V., setzt das Projekt „familyNET“ um. Kooperationspartner ist der Landesfamilienrat Baden-Württemberg.

*b) Die Enquetekommission betrachtet eine verlässliche Kinderbetreuung als wichtiges Element zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Daher empfiehlt sie, den Ausbau der Kinderbetreuung ab dem Kleinkindalter weiterhin zu unterstützen. Ebenso sollte die Ganztageschule weiterhin ausgebaut werden.*

Eine verlässliche Kinderbetreuung stellt die grundlegende Voraussetzung für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie dar.

Rund 82.500 Kinder unter drei Jahren (U3) besuchten am 1. März 2016 in Baden-Württemberg eine Kindertageseinrichtung oder wurden in der Kindertagespflege betreut. Die U3-Betreuungsquote beträgt rd. 28 Prozent.

Mit dem Ausbau der Ganztageschulen verbessert die Landesregierung die Bildungs- und Betreuungsstruktur im Land. Die Zahl der öffentlichen allgemeinbildenden Schulen mit Ganztagesangebot stieg von 1.115 im Schuljahr 2010/11 auf 1.828 im Schuljahr 2015/16.

Das Land unterstützt den Ausbau der Kinderbetreuung durch den Ausbau der Erzieherinnen- und Erzieherausbildung seit dem Schuljahr 2007/2008, die Einführung der praxisintegrierten Erzieherinnen- und Erzieherausbildung zum Schuljahr 2012/2013, die Einführung von Bachelor-Studiengängen zur staatlich anerkannten Kindheitspädagogin oder Kindheitspädagogen im Jahr 2007.

Das Land fördert die Betriebsausgaben der Kleinkindbetreuung in Tageseinrichtungen und in der Kindertagespflege nach § 29 c Finanzausgleichsgesetz (FAG).

Seit dem Jahr 2014 trägt das Land unter Einbeziehung der Bundesmittel zur Betriebskostenförderung 68 Prozent der Betriebsausgaben. Die Zuweisungen an die Gemeinden und Stadt- und Landkreise betragen im Jahr 2016 voraussichtlich insgesamt rd. 724 Mio. Euro (einschließlich Bundesmittel).

Es erfolgen pauschale Zuweisungen an die Gemeinden zum Ausgleich der Kindergartenlasten nach § 29 b FAG in Höhe von jährlich 529 Mio. Euro.

Die Vorbereitung, Qualifizierung und Fortbildung von Tagespflegepersonen wird nach der Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport zur Kindertagespflege vom 12. Dezember 2013 gefördert.

Die Schaffung von zusätzlichen Plätzen für Kinder unter drei Jahren in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege wird im Rahmen der Umsetzung der Investitionsprogramme des Bundes „Kinderbetreuungsfinanzierung“ gefördert (Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport zur Umsetzung der Investitionsprogramme des Bundes „Kinderbetreuungsfinanzierung“ vom 6. Mai 2015).

Das Land wird auch weiterhin den Ausbau der Kinderbetreuung unterstützen. Der Ausbau von Ganztagschulen ist zunächst abhängig von entsprechenden Anträgen der Schulträger. Die Einrichtung von Ganztagschulen an Grundschulen und Grundstufen der Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentren mit Förderschwerpunkt Lernen ist 2014 schulgesetzlich geregelt worden. Der Ausbau erfolgt im Rahmen der haushaltstechnischen Möglichkeiten und ist vom Haushaltsgesetzgeber abhängig. Dasselbe gilt für den Ausbau der Ganztagschulen, die im Schulversuch eingerichtet werden, im weiterführenden Bereich. In den letzten Jahren wurde kein Antrag wegen fehlender Mittel abgelehnt.

- c) Die Enquetekommission regt an, das Pflegeunterstützungsgeld zu evaluieren und fortentwickeln.*
- d) Ebenso schlägt die Enquetekommission eine Weiterentwicklung der Familienpflegezeit vor. Die derzeit festgelegte Betriebsgrößengrenze von 15 Mitarbeitenden hat zur Folge, dass in Baden-Württemberg 90 Prozent der Betriebe beziehungsweise 16 Prozent der Beschäftigten von der Regelung ausgenommen sind.*
- e) Die Enquetekommission fordert die Landesregierung weiter auf, bei der Weiterentwicklung der Familienpflegezeit darauf hinzuwirken, dass diese auch von Personen mit niedrigem Einkommen in Anspruch genommen werden kann.*
- f) Die Enquetekommission erachtet die im Familienpflegezeitgesetz vorgesehene Finanzierung auf Darlehensbasis für Einkommensschwächere als problematisch. Dabei ist insbesondere die maximale Dauer von 24 Monaten zu kurz. Das zinslose Darlehen über 24 Monate soll daher durch die Bundesregierung evaluiert und fortentwickelt werden.*
- g) In diesem Zusammenhang soll ebenfalls die Freistellung von der Arbeitsleistung von 24 Monaten (Familienpflegezeit) evaluiert und fortentwickelt werden.*

Nach § 14 Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) wurde auf Bundesebene ein Beirat eingesetzt, der sich mit Fragen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf befasst und dabei die Umsetzung der Regelungen zu beruflichen Auszeiten, insbesondere die neue geschaffenen Flexibilisierungen im Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und FPfZG begleitet. Dabei wird auch die Inanspruchnahme des Pflegeunterstützungsgeldes diskutiert werden. Der Beirat wird der Bundesregierung über die Umsetzung der Regelungen und über deren Auswirkungen berichten.

Insoweit sieht die Landesregierung derzeit keine Notwendigkeit, eine länderspezifische Evaluation zur Umsetzung des Pflegeunterstützungsgelds durchzuführen. Nach Abschluss der Arbeiten des Beirats nach § 14 FPfZG wird vom Bundesgesetzgeber zu überprüfen sein, ob die Regelungen des PflegeZG, insbesondere das Pflegeunterstützungsgeld und die Dauer der Pflegezeit, sowie die Regelungen des FPfZG, insbesondere Dauer der Familienpflegezeit, Betriebsgrößengrenze und Darlehensvergabe, weiterzuentwickeln sind.

- h) Um zukünftig die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf zu ermöglichen, soll nach Ansicht der Enquetekommission ein Ausgleich für private Sorge- und Pflegetätigkeiten bei Rentenansprüchen geschaffen werden. Ein erster Schritt hierzu wurde durch die Anerkennung von Pflegezeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung im Pflegestärkungsgesetz II vorgenommen. Dieser sieht die Anerkennung der Pflegezeit als Kindererziehungszeit bei Pflegegrad 5 vor. Die Enquetekommission regt diesbezüglich eine Anerkennung von Pflegezeiten, entsprechend der Anerkennung von Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung, an, die über die vorgesehenen Regelungen des Pflegestärkungsgesetzes II hinausgehen.*

Diese Empfehlung wird von der Landesregierung grundsätzlich befürwortet. Soweit vom Bundesgesetzgeber eine weitergehende Gleichstellung jeder privaten Pflege mit den Kindererziehungszeiten umgesetzt werden sollte, müssten die damit verbundenen zusätzlichen Belastungen dann entweder aus der Pflegeversicherung, deren Beiträge zu Lasten der Arbeitgeber und Arbeitnehmer gehen, oder aus Steuermitteln getragen werden.

- i) *Die Enquetekommission empfiehlt, den Versicherungsschutz für pflegende Angehörige im Fall einer Arbeitslosigkeit im Anschluss an eine Pflegetätigkeit zu verbessern. Dazu soll die Arbeitslosenversicherung für pflegende Angehörige ausgebaut werden. Das Pflegestärkungsgesetz II erhöht Beitragszahlungen bereits über 6 Monate hinaus, was die Enquetekommission ausdrücklich begrüßt. Es soll jedoch eine weitere Erhöhung geprüft werden.*

Nach der ab 1. Januar 2017 in Kraft tretenden Vorschrift des § 26 Abs. 2 b Sozialgesetzbuch III (SGB III) besteht für Pflegepersonen ab diesem Zeitpunkt für die gesamte Dauer der Pflege eines Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung. Voraussetzung ist u. a., dass die Pflegeperson einen Pflegebedürftigen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Für eine weitere Erhöhung des zeitlichen Umfangs der Beitragszahlung in der Arbeitslosenversicherung wird bei dieser Ausgangslage kein Raum gesehen.

- j) *Die Enquetekommission empfiehlt, ein Monitoring über die Wirkung von familien- und pflegepolitischen Leistungen, wie beispielsweise dem Elterngeld Plus oder dem Familienpflegezeitgesetz, zu installieren. Dabei soll eine Evaluierung im Hinblick auf die Annahme beziehungsweise die Akzeptanz der Durchführung sowie eventuell entstehende Nachteile stattfinden.*

Diese Empfehlung wird grundsätzlich befürwortet. Allerdings weisen die Arbeitgeberverbände darauf hin, dass damit jedoch kein Bürokratieaufwand einhergehen sollte.

- k) *Die Enquetekommission appelliert an Unternehmen, die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf auszuschöpfen, eine familienbewusste Personalpolitik zu betreiben und die Thematik in ihren Leitbildern beziehungsweise der Firmenphilosophie zu verankern. Dabei sind insbesondere geeignete Arbeitszeitmodelle, Teilzeit, Lebensarbeitszeitkonten, Telearbeit, Jobsharing und Sozialarbeit zu berücksichtigen. Die Enquetekommission erachtet hierzu eine Sensibilisierung der Betriebe und speziell der Führungskräfte, auch als Instrument zur Bindung von Fachkräften, als notwendig. Hierzu können die Industrie- und Handelskammer, die Handwerkskammer und die Arbeitgeberverbände geeignete Angebote generieren. Das Thema Pflege soll von Unternehmen zukünftig bei Corporate Social Responsibility-Strategien berücksichtigt werden.*

Aus der Stellungnahme des Arbeitgeberverbandes Baden-Württemberg geht hervor, dass sie der Auffassung sind, dass diese Empfehlung der Kommission an den tatsächlichen Gegebenheiten in den Unternehmen vorbei gehe. Nach Auffassung des Arbeitgeberverbandes Baden-Württemberg betreiben die Unternehmen bereits jetzt eine Personalpolitik, in welcher Familie und Beruf und Pflege und Beruf weitestgehend vereint werden können. Hierfür entsteht arbeitgeberseitig ein enormer organisatorischer und finanzieller Aufwand. Die von der Kommission angedachten Punkte wie die Etablierung geeigneter Arbeitszeitmodelle, die Ermöglichung von Teilzeit etc. seien schon heute betriebliche Realität. Bereits heute engagieren sich Arbeitgeberverbände und Unternehmen gemeinsam in hohem Maße, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und Pflege und Beruf zu ermöglichen.

Als Beispiel wird das Projekt „familyNET“ genannt, das ein Netzwerk von verschiedenen Unternehmen, Städten, Gemeinden und Institutionen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Baden-Württemberg darstellt, welches vom Arbeitgeberverband Südwestmetall und dem Bildungsträger BBQ Berufliche Bildung gGmbH 2005 ins Leben gerufen wurde. „familyNET“ schafft dabei Firmenverbände, gibt Impulse und unterstützt bei der Umsetzung regionaler Lösungen bei der Pflege von Angehörigen und der Kinderbetreuung.

Ein weitergehender Handlungsbedarf besteht nach Auffassung des Arbeitgeberverbandes Baden-Württemberg nicht. Die Freiwilligkeit sei hier ein hohes Gut, welches unbedingt erhalten bleiben müsse. Es sei wichtig, dass die Unternehmen selbst entscheiden können, ob und inwieweit sie sich über das bereits Bestehende hinaus noch engagieren möchten. Ein Zwang dürfe nicht begründet werden.

Im Übrigen würden die Unternehmen von den Verbänden bereits jetzt regelmäßig über die Entwicklungen im Bereich Familie, Beruf und Pflege informiert. Auch hier besteht nach Auffassung des Arbeitgeberverbandes Baden-Württemberg kein besonderer Handlungsbedarf.

*l) Ebenso sind durch die Landesregierung verbesserte Möglichkeiten zur Übernahme von Pflege- und Betreuungsaufgaben für die Beschäftigten im öffentlichen Dienst zu prüfen. Die Enquetekommission appelliert diesbezüglich an die Vorbildfunktion des Landes.*

Mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf vom 24. Dezember 2014 wurden Verbesserungen im PflegeZG und im FPfZG geschaffen, um für Beschäftigte bei der Pflege naher Angehöriger für Familie und Beruf eine bessere Verzahnung zu ermöglichen. Diese auch für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst geltenden Regelungen wurden systemkonform an die geltenden Regelungen für Landesbeamtinnen und Landesbeamte angeglichen. Die Landesregierung betrachtet es als Daueraufgabe, gute Rahmenbedingungen für ihre Bediensteten zu schaffen, um Familie, Pflege- und Betreuungsaufgaben und Beruf zu vereinbaren.

*m) Die Enquetekommission regt die Gründung lokaler Bündnisse unter Einbezug der Industrie- und Handelskammern, lokaler Unternehmen und in Kooperation mit den örtlichen Pflegeanbietern an. Unternehmen sollen eine „aufsuchende“ Beratung der Beschäftigten in ihren Betrieben ermöglichen.*

Die Landesregierung begrüßt die Anregungen der Enquetekommission.

*n) Weiter appelliert die Enquetekommission an die Tarifvertragsparteien, die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege auch bei künftigen tarifvertraglichen Regelungen zu berücksichtigen. Beispiele hierfür liefern der Tarifvertrag der Hessischen Chemischen Industrie oder der Demografietarifvertrag von EVG und Deutscher Bahn.*

Der Appell der Enquetekommission wird von der Landesregierung unterstützt.

*Um pflegende Angehörige künftig besser zu unterstützen und zu entlasten, betrachtet die Enquetekommission die Pflege in geteilter Verantwortung als Leitziel. Niemand soll in der häuslichen Pflege allein bleiben. Die Pflege von Angehörigen soll idealerweise durch einen Pflegemix gestaltet werden. Die in der Familie erbrachte Pflege soll professionell unterstützt werden, um in unterschiedlichen Bereichen gezielte Unterstützungsangebote anbieten zu können. Die Enquetekommission gibt daher folgende Handlungsempfehlungen ab:*

*a) Die Beratungsangebote für Menschen mit Pflegebedarf und pflegende Angehörige sollen flächendeckend ausgebaut werden. Diese sollen alle familienbezogenen Dienste sowie Sozialversicherungsfragen abdecken und gezielte Angebote für Migrantinnen und Migranten beinhalten (hierzu auch Abschnitt 3.3.2 „Beratung“).*

Auf die Ausführungen in 3.3.2 wird verwiesen.

*b) Unter Einbeziehung der Berufsgenossenschaften sowie der Kranken- und Pflegekassen sollen vermehrt Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige wie Gesprächsgruppen, Informationsveranstaltungen, Kurse, Entspannungswochenenden und Kuren angeboten und finanziert werden. Diesbezüglich begrüßt die Enquetekommission die im Pflegestärkungsgesetz II vorgesehene Verpflichtung der Pflegekassen, Schulungen für pflegende Angehörige anzubieten, und fordert diese auf, entsprechende Angebote zu generieren und umzusetzen.*

Die gesetzliche Verpflichtung, Pflegekurse und Schulungen für pflegende Angehörige anzubieten, ist von den Pflegekassen umzusetzen.

*c) Kommunen sollen freiwillige Zusammenschlüsse wie Angehörigennetzwerke durch verschiedene Formen der Unterstützung fördern. Dabei sind beispielsweise finanzielle Unterstützung, die Einrichtung einer Informations-Internetplattform oder die Bewerbung der Angebote denkbar.*

Die Landesregierung begrüßt die Anregungen der Enquetekommission.

*d) Die Enquetekommission macht sich dafür stark, dass Tages- und Kurzzeitpflegeplätze stärker in das Bewusstsein der Betroffenen und ihrer Angehörigen gebracht werden. Diese sollen bei Informations- und Beratungsangeboten verstärkt berücksichtigt und beworben werden.*

Die Landesregierung teilt die Einschätzung der Enquetekommission, dass Angebote zur Tages- und Kurzzeitpflege stärker in das Bewusstsein der Betroffenen und ihrer Angehörigen gebracht werden müssen. Im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit werden insbesondere Pflegestützpunkte, gesetzliche und private Pflegekassen, kommunale Träger und Leistungserbringer auch über Angebote zur Tages- und Kurzzeitpflege informieren.

*e) Die Enquetekommission empfiehlt, die Gewährungspraxis der häuslichen Krankenpflege zu überprüfen.*

Grundlagen für die Verordnung der häuslichen Krankenpflege (HKP) sind neben den gesetzlichen Regelungen des § 37 SGB V die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. In § 3 ff. der Richtlinie werden die Voraussetzungen aufgelistet, nach denen die Gewährung von HKP erfolgen kann. Da es sich hierbei um bundesweit geltende Richtlinien handelt, kann von Seiten der Landesregierung nicht direkt Einfluss genommen werden.

*f) Ebenso empfiehlt die Enquetekommission, die Gewährungspraxis von Kuren zu überprüfen.*

Eine Kur bzw. Rehabilitationsmaßnahme kann jeder beantragen, der seine Gesundheit gefährdet sieht und erhalten möchte. Der Begriff „Kur“ umfasst ein breites Spektrum von Therapieverfahren, die je nach Schwere des Krankheitszustandes differenziert eingesetzt werden. Es ist Sache des behandelnden Arztes, die Dringlichkeit einer Kur zu bescheinigen bzw. eine Kur oder sogar einen geeigneten Kurort bzw. eine -einrichtung mit geeigneten Therapiekonzepten zu empfehlen. Je nach Schwere des Krankheitszustandes wird der Arzt eine ambulante oder stationäre Kur empfehlen.

Das Sozialministerium führt die Rechtsaufsicht über die landesunmittelbaren Krankenkassen in Baden-Württemberg. Im Rahmen dieser Rechtsaufsicht trägt das Sozialministerium dafür Sorge, dass das Handeln der Krankenkassen die rechtlichen Grenzen einhält. Das Sozialministerium ist jedoch keine Schiedsstelle und kann seine Entscheidung nicht an die Stelle der Entscheidung der Krankenkasse setzen. Daher besteht für das Sozialministerium kein allgemeines Recht zur Überprüfung der Gewährungspraxis.

*g) Die Enquetekommission empfiehlt, Vernetzungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige auf Länder- und Bundesebene zu schaffen.*

Diese Empfehlung wird grundsätzlich begrüßt. Die Landesregierung beabsichtigt, die Strukturen der Selbsthilfe für pflegende Angehörige in Baden-Württemberg weiterzuentwickeln und besser zu vernetzen.

### **3.3.4 Bürgerschaftliches Engagement**

*Um den Ausbau, eine strukturierte Planung und die Koordination des bürgerschaftlichen Engagements zu ermöglichen sowie eine Überforderung zu vermeiden, empfiehlt die Enquetekommission:*

*a) die bessere Vernetzung des Landes und der Kommunen mit den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, Verbänden und Kirchen.*

Für eine gute Pflege vor Ort sind lokale Partnerschaften und zivilgesellschaftliches Engagement unabdingbar. Unternehmen und deren Beschäftigte stellen mit ihrem freiwilligen gesellschaftlichen Engagement in der Pflege ebenfalls einen wichtigen zivilgesellschaftlichen Akteur dar. Sie tragen z. B. Sorge, dass Mitarbeitende auch dann arbeiten können, wenn die Eltern zum Pflegefall werden, sensibilisieren ihre Auszubildenden und Führungskräfte im Rahmen von Corporate Volunteering-Maßnahmen für das Thema Pflege oder kooperieren mit Verbänden, Kammern und Einrichtungen der Pflegewirtschaft. So wirkten zahlreiche Unternehmen mit Sitz in Baden-Württemberg 2011 an dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt von Caritas und Diakonie „Unternehmen aktiv in der Pflege“ mit. Solche Maßnahmen der Corporate Social Responsibility im Bereich der Pflege sollten, wie im Rahmen der Engagementstrategie des Landes vorgeschlagen, bei der Aktivierung und Vernetzung des zivilgesellschaftlichen Engagements dringend mit eingebunden werden.

*b) Für die Begleitung und Steuerung von bürgerschaftlichem Engagement professionelle Koordinatorinnen und Koordinatoren einzusetzen. Hierzu sollen die Kommunen eine professionelle Begleitung für Initiativen von ehrenamtlich Engagierten bereitstellen.*

Ehrenamt braucht hauptamtliche Unterstützung. Häufig haben Einrichtungen bzw. Träger bereits Hauptamtliche, die für die Begleitung und Steuerung des Bürgerschaftlichen Engagements zuständig sind. Auch die Kommunen kommen ihrer Steuerungs- und Begleitungsfunktion häufig durch den Einsatz von Ehrenamtskoordinatorinnen und -koordinatoren nach. Inwieweit darüberhinausgehend weitere Begleitung und Steuerung hilfreich ist, muss jeweils vor Ort entschieden werden. Die Landesregierung begrüßt es, wenn Träger und Kommunen entsprechende Unterstützung zur Verfügung stellen.

*Die familiäre Pflege und die professionelle Pflege in Deutschland müssen stärker durch bürgerschaftliches Engagement ergänzt werden. Hierzu nimmt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen vor:*

*a) Die Enquetekommission regt an, die verstärkte Einbindung von Angehörigen und bürgerschaftlich Engagierten in die Alltagsgestaltung der Wohnbereiche von stationären Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen. Hierzu müssen Einrichtungen Engagierte akzeptieren und zulassen. Dies kann beispielweise durch geeignete Konzepte oder durch eine professionelle Begleitung gefördert werden.*

Die Landesregierung stimmt dieser Empfehlung zu.

*b) Die Enquetekommission schlägt vor, bürgerschaftliches Engagement besonders auch zur Förderung gesellschaftlicher Kontakte und damit gegen Vereinsamung einzusetzen. Hier sind beispielsweise zugehende Kontakte denkbar. Dadurch kann ein wichtiger Beitrag zur Prävention von Erkrankung und Pflegebedürftigkeit sichergestellt werden.*

Die Landesregierung stimmt dieser Empfehlung zu.



- c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung zu prüfen, in welcher Form eine Anerkennung bürgerschaftlichen Engagements sinnvoll und möglich ist, um die Attraktivität zu steigern und mehr Menschen dafür zu gewinnen.*

Eine gute Anerkennungskultur ist ein ganz wesentlicher Aspekt in der Förderung des Bürgerschaftlichen Engagements. In Betracht kommen beispielsweise Auszeichnungen, Wettbewerbe, Berichte in der Presse und Vergünstigungen, die monetäre Vorteile versprechen, ohne dass eine Bezahlung des Ehrenamts erfolgt. Neben dem Land sind hier zunächst auch die Einrichtungen, die Kommunen und die Landkreise, die Presse, Vereine und Stiftungen und ggf. auch Wirtschaftsunternehmen gefragt.

Das Land leistet mit seinem großen Landeswettbewerb „Echt gut!“ und den vom Land vergebenen Orden bereits einen wesentlichen Beitrag zur Anerkennung und Würdigung des Bürgerschaftlichen Engagements. Die Einführung einer Landesehrenamtskarte wird geprüft.

- d) Es sollen Fortbildungsprogramme konzipiert und initialisiert werden, um die Engagierten entsprechend zu qualifizieren.*

Das Land hat in der vergangenen Legislaturperiode eine wissenschaftliche Untersuchung zum Stand und zu einer möglichen Weiterentwicklung der Qualifizierungsangebote für Bürgerschaftlich Engagierte in Auftrag gegeben. Ergebnisse sollen noch im Lauf des Jahres 2016 vorliegen. Die Ergebnisse der Untersuchung sollen sodann geprüft und soweit sinnvoll und möglich umgesetzt werden.

- e) Betriebe sollen Informationen zu den Möglichkeiten des Engagements im Ruhestand anbieten und dazu ermuntern.*

Die Landesregierung stimmt dieser Empfehlung zu.

- f) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Umsetzung der Engagementstrategie zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements im Vor- und Umfeld von Pflege.*

Die Landesregierung stimmt dieser Empfehlung zu. Die Empfehlungen der Engagementstrategie werden so weit wie möglich sukzessive umgesetzt

### **3.3.6 Wohnen in der eigenen Häuslichkeit**

*Der Bedarf an Unterstützung und Beratung für Menschen, die ambulante Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, steigt. Daher müssen geeignete Angebote entwickelt und vorgehalten werden. Die Enquetekommission gibt dazu folgende Handlungsempfehlungen ab:*

- a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, einen Runden Tisch oder ein Bündnis für häusliche Pflege einzuberufen, an dem alle Akteure des ambulanten Pflegesettings ein zukunftsfähiges Konzept für die ambulante Pflege erarbeiten.*

Angesichts der seit längerem auftretenden Kritik seitens der Leistungserbringer wurde bereits im Jahr 2014 unter der Moderation des Sozialministeriums im Rahmen eines „Runden Tisches zur häuslichen Krankenpflege“ mit allen beteiligten Akteuren in der Häuslichen Krankenpflege grundlegende Themen erörtert, Lösungsansätze und Wege diskutiert, um auf einer gemeinsamen Basis Ansätze zur Sicherung der ambulanten Pflege in Baden-Württemberg weiterzuentwickeln. Es ist beabsichtigt, dies weiterzuführen.

*b) Die Enquetekommission sieht den Bedarf einer aufsuchenden Beratung und Begleitung, die die gesamte Lebenssituation der Menschen im Blick hat. Diese soll in Ergänzung zur Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI und der Arbeit der Pflegestützpunkte konzipiert werden. Des Weiteren soll die aufsuchende Sozialarbeit verstärkt und flächendeckend implementiert werden.*

Wie in Ziff. 3.3.2 dargestellt, hat sich die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e. V. auf den Ausbau der Pflegestützpunkte verständigt. Teil des Ausbaukonzepts wird auch ein Qualitätssicherungskonzept sein, dessen zu entwickelnde Qualitätsstandards auch als Orientierungshilfe dienen sollen, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Pflegestützpunkte, messbar zu machen. Dabei werden, neben der Beratung einschließlich der Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit, auch die Aufgabenfelder der Vernetzung und Koordinierung miteinbezogen werden.

Entsprechend den Ausführungen in Ziff. 3.3.2 wird zur Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen, die Wirkungsweise des 3. Pflegestärkungsgesetzes bezüglich der Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen bezüglich der Bildung von „Modellkommunen Pflege“ abzuwarten sein.

*c) Die Enquetekommission empfiehlt, den Quartiersansatz auch im Sinne einer Dorfentwicklung zu stärken. Dabei geht es exemplarisch um die Koordinierung von Gesundheit und Sozialraumentwicklung. Eines von mehreren Zielen ist es, einer Vereinsamung entgegenzuwirken. Im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes III soll die Bundesregierung hierzu die entsprechenden Rahmenbedingungen ermöglichen.*

Die Landesregierung hält den Quartiersansatz für grundlegend, um die Strukturen der Versorgung zu stärken. In der Unterstützung der älteren Menschen bei der Realisierung ihres Wunsches, möglichst lange zu Hause wohnen zu bleiben, gewinnt die Gestaltung von seniorinnen- und seniorenerechten Quartieren bzw. inklusiven Quartieren mit Beratungsangeboten und Teilhabemöglichkeiten im unmittelbaren Umfeld, Einkaufsmöglichkeiten im Quartier sowie wohnortnahen Unterstützungsangeboten im Falle von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit an Bedeutung. Gesellschaftliche Teilhabe und Inklusion, neue Wohnformen und bürgerschaftliches Engagement, innovative Dienstleistungen und Pflege in geteilter Verantwortung können nur im räumlichen Wohnumfeld der Menschen, dem Quartier, mit sozialraumorientierten Strukturen und Initiativen realisiert werden.

Sie sieht es als zielführend an, die Kommunen, Landkreise, Städte und Gemeinden zu befähigen, breite Bündnisse von bürgerschaftlichem Engagement, professionellen Dienstleistern und kommunaler Verwaltung im Sinne von lokalen Verantwortungsgemeinschaften zu gestalten und Versorgungsnetzwerke im jeweiligen Sozialraum oder Quartier zu koordinieren. So sollen sie unterstützt werden, Versorgungslücken im ambulanten Bereich zu schließen, einer Überlastung pflegender Angehöriger entgegenzuwirken sowie informelle Hilfen im Sozialraum zu aktivieren. Dies kann die Kommunen als Gestalter solidarischer Gemeinschaften und des gesellschaftlichen Zusammenhalts stärken.

Die Koordination der verschiedenen Versorgungsstrukturen auf kommunaler Ebene und ihre Ausrichtung auf die Bedarfe von Menschen mit Unterstützungsbedarf kann sinnvollerweise mit der Gesundheitsplanung auf Ebene der Stadt- und Landkreise gekoppelt werden (siehe 3.3.8).

Die in 3.1.3 genannten Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen, die im 3. Pflegestärkungsgesetz (PSG III) umgesetzt werden sollen, enthalten erste Ansätze zur Quartiersentwicklung. Sobald das PSG III seine Wirkung zeigt, wird zu prüfen sein, ob weitergehende Rahmenbedingungen im SGB XI zur Quartiersentwicklung geschaffen werden können.

Des Weiteren wird auf die Ausführungen in 3.3.8 verwiesen.

*d) Die Enquetekommission plädiert an den Gesetzgeber, den gemeinsamen Bundesausschuss sowie Leistungsanbieter und Kostenträger, bei der ambulanten pflegerischen Versorgung Veränderungen einzuleiten. Notwendig ist eine qualitative Ausdifferenzierung des Leistungsangebots, das der gesamten Bandbreite des im ambulanten Sektor vorfindbaren Bedarfs entspricht. Zur qualitativen Differenzierung des Dienstleistungsangebots zählt u. a. die Zusammenarbeit und Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsberufen sowie bürgerschaftlich Engagierten und Laienhelfern in Form von Modellen der integrierten Versorgung oder Dienstleistungsagenturen.*

Diese Empfehlung wird im Grundsatz begrüßt, wobei zuvorderst zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden und qualitativen Differenzierung des Dienstleistungsangebots der Bundesgesetzgeber sowie in der Umsetzung die Leistungserbringer und Leistungsträger angesprochen sind.

*e) Der ambulanten Pflege wohnen große präventive und rehabilitative Potenziale inne, die im Versorgungsalltag weitgehend ungenutzt bleiben. Wichtige Ressourcen für die Gesundheitserhaltung und Gesundheitssicherung gehen auf diese Weise verloren. Die Enquetekommission fordert von allen Beteiligten, hier eine Veränderung herbeizuführen. Dies verlangt Anpassungsbemühungen auf professioneller wie auch auf struktureller Ebene und die Schaffung angemessener Arbeitsbedingungen.*

Die Landesregierung sieht bei der ambulanten Pflege große präventive und rehabilitative Potenziale. Sie hält hierfür eine aktive Koordination seitens der Kommunen für eine Vernetzung der Pflege- und Betreuungseinrichtungen vor Ort für zielführend. Die Behandlungspflege nach SGB V in der häuslichen Krankenpflege hat hier ebenso wie die spezialisierte ambulante Pflege, Palliative Pflege und Ambulante Psychiatrische Pflege, eine große Bedeutung. Nachbarschaftshilfen und niedrigschwellige Angebote werden an Bedeutung gewinnen. Diese Angebote können aber nicht alles lösen, sondern es braucht eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe wie auch professionelle Unterstützung der informell Pflegenden seitens der Pflegefachberufe. Diese Empfehlung wird begrüßt.

*Die Möglichkeit altersgerecht zu wohnen, ist eine wichtige Voraussetzung, um so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. Daher gibt die Enquetekommission diesbezüglich folgende Handlungsempfehlungen ab:*

*a) Die Enquetekommission setzt sich für eine Vernetzung aller Akteure, deren Aufgabenbereich und Kompetenzen in das Themengebiet des altersgerechten Wohnens fallen, ein. Dadurch soll ein intensiver Austausch über die Vorteile und Möglichkeiten altersgerechter Sanierungsmaßnahmen ermöglicht werden. Hierzu sollen durch die Landesregierung geeignete Strukturen angebahnt werden.*

Die Landesregierung hält eine Vernetzung und enge Kooperation aller Akteure im Bereich des Wohnens für sehr wichtig. Das Sozialministerium kooperiert daher mit dem Wirtschaftsministerium und beteiligt sich aktiv an der Initiative „Smart Home & Living“ der Cluster Initiative des Wirtschaftsministeriums.

*b) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, eine Informationskampagne zu starten, die das Bewusstsein der Eigentümer für den Sinn altersgerechter Wohnungen im Blick hat.*

Die Landesregierung erachtet spezielle Kampagnen für den altersgerechten Bau und die altersgerechte Sanierung von Wohnungen für wenig geeignet. Aus den Erfahrungen im Rahmen der Landesinitiative „Smart Home & Living“ Baden-Württemberg und intensiven Gesprächen mit der Wohnungswirtschaft wurde sehr deutlich, dass solche Initiativen eher stigmatisierend wirken. Ältere Menschen wollen zwar so lange wie möglich in den eigenen Räumen leben. Solange sie allerdings rüstig sind, ist das Thema altersgerechtes Bauen oder Wohnen nicht präsent genug und wird auch nicht als wichtig genug angesehen. Im Gegenteil besteht häufig die Angst, dass unterstützende Maßnahmen mit kontrollierenden

Maßnahmen (Überwachung) oder Einschränkungen der eigenen Entscheidungshoheit einhergehen.

Hinzukommt, dass die Kosten für einen altersgerechten Ausbau eine große Bandbreite haben können (Basispaket ab 2.000 Euro pro Wohnung bis zu 20.000 Euro). Seitens der Wohnungswirtschaft wird auf die Erfahrung verwiesen, dass Mieter nicht bereit seien, die Kosten für smarte Technologien mit zu tragen. Gerade im Bereich des Mietwohnungsbaus (auch außerhalb des staatlich geförderten also im freifinanzierten Mietwohnungsbaus) lägen die Mieten im Bestand der Wohnungsunternehmen in der Regel eher im niedrigeren Bereich. Mieterhöhungen infolge eines altersgerechten Umbaus seien daher nur in einem sehr begrenzten Umfang möglich. Der Appell, altersgerecht zu bauen bzw. zu sanieren, könnte insoweit ins Leere laufen.

Die im Mai 2014 gestartete Landesinitiative „Smart Home & Living“ verfolgt daher für den Bereich Gesundheit und Pflege einen breiteren Ansatz und vermarktet smarte Technologien auch unter dem Aspekt der Lebensqualität, des Entertainments, der Sicherheit und der Energieeinsparung. In dem Zusammenhang können dann Voraussetzungen für spätere alltagsgerechte Unterstützungsmöglichkeiten geschaffen werden. Insbesondere die Generation 50+, die selbst noch nicht pflegebedürftig ist, kann dadurch sehr viel besser für das Thema „Smart Home & Living“ sensibilisiert werden. Das Sozialministerium sowie Akut- und Pflegeeinrichtungen sind ständige Mitglieder dieser Landesinitiative. Die Landesregierung wird daher prüfen, ob einzelne der Handlungsempfehlungen innerhalb der bestehenden Struktur der Landesinitiative umgesetzt werden können.

*c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, über altersgerechte Standards sowie die Möglichkeiten des altersgerechten Sanierens zu informieren. In diesem Zusammenhang soll die Wohnberatung in Bezug auf altersgerechtes Wohnen ausgebaut werden.*

Auf die Empfehlung zu 3.3.6 b) wird verwiesen.

*d) Die Enquetekommission appelliert an die Eigentümer von Immobilien, Wohnungen altersgerecht zu bauen beziehungsweise zu sanieren und damit einen wichtigen Beitrag zur Ermöglichung des Verbleibs in der gewohnten Umgebung zu leisten.*

Die Landesregierung unterstützt diesen Appell.

*e) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Regelungen in §§ 35 und 39 LBO zu evaluieren und weiterzuentwickeln.*

Die Landesregierung hat das Bauordnungsrecht auf die Schaffung von mehr und kleinteiliger verteiltem barrierefrei erreichbarem Wohnraum ausgelegt. Sie wird die Regelungen der LBO evaluieren und sie bei Bedarf weiterentwickeln.

*f) Die Enquetekommission regt an zu prüfen, ob die finanziellen Zuschüsse für „Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes“ der Menschen mit Pflegebedarf (§ 40 SGB XI) erhöht werden sollen.*

Nachdem aufgrund des 1. Pflegestärkungsgesetzes in § 40 Abs. 4 SGB XI der finanzielle Zuschuss für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes auf bis zu 4.000 Euro, bei mehreren zusammenwohnenden Anspruchsberechtigten auf bis zu 16.000 Euro, erhöht wurde, sieht die Landesregierung derzeit keinen Handlungsbedarf.

*Die Enquetekommission betrachtet alltagsunterstützende Technologien als sinnvolle Ergänzung der häuslichen Pflege, um den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Daher werden folgende Handlungsempfehlungen vorgenommen:*

*a) Die Enquetekommission empfiehlt, altersgerechte Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben (AAL) weiterzuentwickeln, Einsatzmöglichkeiten der Servicerobotik zu prüfen, Muster-Wohnungen mit AAL-Ausstattung zur Verfügung zu stellen sowie geeignete Modelle für eine erfolgreiche Markteinführung zu entwickeln und zu fördern. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass Assistenzsysteme Menschen und Sozialkontakte nicht ersetzen können und dürfen.*

Die Landesregierung räumt der Weiterentwicklung altersgerechter Assistenzsysteme eine große Bedeutung ein. Baden-Württemberg verfügt über eine gut ausgebaute, moderne und leistungsfähige Pflegeinfrastruktur im Bereich der Altenhilfe. Diese unterstützt die Menschen in ihrem Wunsch – auch wenn sie pflegebedürftig, behindert oder psychisch krank sind – so lange, so selbständig und so würdevoll wie möglich in ihrem vertrauten sozialen Umfeld zu leben und am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben. Um diese guten Versorgungsstrukturen auch für die Zukunft sicherzustellen und auszubauen, werden alltagsunterstützende Technologien in Zukunft stark an Bedeutung gewinnen.

Das Sozialministerium unterstützt daher den Einsatz von alltagsunterstützenden Technologien, um den Menschen ein Leben in ihrer eigenen Häuslichkeit auch mit Unterstützungsbedarf oder bei Pflegebedürftigkeit möglichst lange zu ermöglichen und die Versorgung im häuslichen Bereich auch für die Zukunft zu sichern.

Die Potenziale der Informations- und Kommunikationstechnologien für sektorübergreifende Dienstleistungs- und Versorgungsstrukturen sind enorm und bislang noch kaum abzuschätzen. Ohne Informations- und Kommunikationstechnologien werden diese Herausforderungen angesichts der Komplexität der Anforderung kaum zu bewältigen sein.

Die Landesregierung hält es auch für wichtig, Muster-Wohnungen mit AAL-Ausstattung zur Verfügung zu stellen sowie geeignete Modelle für eine erfolgreiche Markteinführung zu erproben. Das Sozialministerium kooperiert daher mit dem Wirtschaftsministerium und beteiligt sich aktiv an der Initiative „Smart Home & Living“ der Cluster Initiative des Landes. Im Rahmen des Nachtragshaushaltes 2016 stellt das Wirtschaftsministerium für das Thema Smart Home & Living 1,75 Mio. Euro zur Verfügung. Im Februar 2016 wurde der Wettbewerb „Entwicklung und Erprobung neuer Geschäftsmodelle“ gestartet. Zielsetzung des Wettbewerbes ist es, neue Geschäftsmodelle zwischen Handwerkern und Pflegeeinrichtungen, aber auch Wohnungsbaugesellschaften und Pflegedienstleistern zu erproben. Im Zentrum soll dabei die gewerkeübergreifende Zusammenarbeit, die bessere und intensivere Kooperation mit Planern und Architekten sowie die Zusammenarbeit und Kooperation mit den Kundenkreisen, wie z. B. Pflegeeinrichtungen, Pflegediensten, Einrichtungen des betreuten Wohnens oder Wohnungsbaugesellschaften stehen.

In Baden-Württemberg gibt es daneben bereits Musterwohnungen, die altersgerechte Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben (Ambient Assisted Living – AAL) ausstellen, wie z. B. das Lebensphasenhaus in Tübingen, das durch das Sozialministerium gefördert wurde. Gegenwärtig wird hier die Frage nach einem selbsttragenden Geschäftsmodell einer dauerhaften Finanzierung nach Auslaufen der Förderung geklärt. Vor diesem Hintergrund wird die Landesregierung die Empfehlung, weitere AAL-Muster-Wohnungen zu bauen, auszustatten und letztendlich auch finanziell zu fördern, zwingend auf Nachhaltigkeit prüfen.

Vielversprechend erscheint ein Projekt der Bruderhaus Diakonie Altenhilfe in Reutlingen, das in Kooperation mit dem Sozialministerium gefördert wurde. In einer Studie wurde untersucht, wie durch den Aufbau und die Etablierung von sog. „Living Labs“ die ineinandergreifenden Prozesse von Handel, Handwerk, Wohnen und sozialer Dienstleister besser auf die Interessen der Nutzer ausgerichtet werden können.

*b) Die Enquetekommission regt an, dass finanzielle Hilfen für einen altersgerechten Umbau, insbesondere auch im Hinblick auf neue Technologien, niederschwellig und in angemessener Höhe zur Verfügung stehen sollen. „Hilfe nach Maß“ soll dabei die Devise sein. Insgesamt sollen alltagsunterstützende Techniken unter Berücksichtigung der sich aus den Techniken neu ergebenden ethischen Fragestellungen stärker in den Vordergrund rücken.*

Die Landesregierung hält finanzielle Hilfen für einen altersgerechten Umbau im Sinne einer „Hilfe nach Maß“ für sinnvoll. Sie wird prüfen, aus welchen Verantwortungsbereichen solche Hilfen kommen können.

*c) Die Enquetekommission empfiehlt, Multiplikatoren als AAL-Lotsen oder Senioren-Technik-Botschafter zu qualifizieren, um gemeinsam mit dem örtlichen Handwerk über AAL zu informieren. Des Weiteren müssen Handwerksbetriebe in Bezug auf AAL geschult und sensibilisiert werden.*

Die Landesregierung hält die Qualifizierung von Multiplikatoren als AAL-Lotsinnen und -Lotsen oder Seniorinnen-Technik-Botschafterinnen und Senioren-Technik-Botschafter für zielführend, um Vorteile neuer Technologien bei älteren Menschen bekannter zu machen. Im Rahmen von Modellprojekten, die durch das Sozialministerium gefördert werden, werden umfangreiche Erfahrungen in verschiedenen Einsatzgebieten gesammelt, ob als Beraterinnen und Berater in der ehrenamtlichen Wohnberatung oder als AAL-Lotsinnen oder -Lotsen in einer Musterwohnung bzw. einem Musterhaus.

Chancen ergeben sich somit in den Bereichen „Altersgerechtes Wohnen“ und „Seniorenorientierte Dienstleistungen“ [z. B. altersgerechte Produkte und Leistungen (AAL), Sicherheitstechnik, Smart Home/Gebäudeautomation, Hol- und Bringdienste (u. a. Wäschereien; Bäckereien, Metzgereien)]. Hier werden neue Geschäftsmodelle und innovative Dienstleistungen benötigt, für deren Entwicklung und Ausführung insbesondere handwerkliche Kleinbetriebe prädestiniert sind. Auf den Förderaufruf zum Thema „Smart Home & Living“ zur Entwicklung und Erprobung neuer Geschäftsmodelle wurde bereits hingewiesen.

Darüber hinaus stellt das Thema „Marktchancen des Demografischen Wandels“ eines der acht wesentlichen Zukunftsthemen im Rahmen des gemeinsam mit dem Baden-Württembergischen Handwerkstag (BWHT) initiierten Projekts „Dialog und Perspektive Handwerk 2025“ dar. Das dialogorientierte Projekt soll bis zum Jahresende 2016 Herausforderungen, Chancen und Potenziale für die zukünftige wirtschaftliche Entwicklung des baden-württembergischen Handwerks in den nächsten zehn Jahren bis 2025 näher beleuchten. Dabei sollen konkrete Handlungsempfehlungen für die Betriebe und die Handwerks- und Mittelstandspolitik erarbeitet werden.

Kern des Projekts sind zehn regionale Workshops zu relevanten Zukunftsthemen, die zwischen April und September 2016 bei den Handwerkskammern und bei Fachverbänden im Land stattfinden. Ausgewählte Unternehmerinnen und Unternehmer identifizieren gemeinsam mit Expertinnen und Experten die wesentlichen Herausforderungen und Chancen und erarbeiten mögliche Lösungsansätze für ein integriertes Unterstützungskonzept und -angebot, in dem die Unternehmen, die Organisationen des Handwerks und die Mittelstandspolitik des Landes zusammenwirken.

*Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung zu prüfen, ob die Einführung einer systematischen Datenerhebung mittels Pflegemonitoring eine zukunftssichere Struktur und Personalplanung im ambulanten Pflegesektor ermöglicht.*

Für die Umsetzung einer modernen Pflegepolitik ist ein aussagekräftiges Pflegemonitoring zwingend erforderlich. Ein Pflegemonitoring auf Landesebene, deren Inhalte zur Entscheidungsfindung auch auf lokale Ebene heruntergebrochen werden können, ist eine sinnvolle Plattform für Vergleiche, Hochrechnungen und Planung.

Die Pflegeberichterstattung muss sowohl quantitative als auch qualitative Aspekte ambulanter pflegerischer Versorgung darstellen. Sie muss geeignet sein, den Aus-

bau der ambulanten Pflegeinfrastruktur weiter zu entwickeln und der Landesregierung Entscheidungen zu Interventionen, wie Fördermaßnahmen, zu ermöglichen. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass der für ein Pflegemonitoring erforderliche Dokumentationsaufwand von den Leistungserbringern als zusätzlicher bürokratischer Aufwand betrachtet werden kann. Aus diesem Grund sollte so weit wie möglich auf bereits vorhandene Daten zurückgegriffen werden.

*Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, Rahmenbedingungen zu setzen, die Forschung im Bereich der ambulanten Versorgung fördern.*

Die Landesregierung prüft die Vergabe von Forschungsprojekten und bezieht solche Vorschläge in dem durch Landesmittel geförderten „Innovationsprogramm Pflege“ mit ein.

*Die Enquetekommission betrachtet eine stabile, belastbare und verlässliche wirtschaftliche Basis als Grundvoraussetzung für die Anbieter ambulanter Dienstleistungen. Diese soll eine verlässliche Pflegepersonalplanung sowie tarifliche Bezahlung ermöglichen.*

*Handlungsempfehlungen:*

*a) Die Enquetekommission fordert eine verlässliche Finanzierung der ambulanten Pflege. Tarifbedingte Kostensteigerungen der ambulanten Pflegedienste müssen voll refinanziert werden. Tarifliche Bezahlung muss auch im Bereich des SGB V, wie bereits im Bereich der Pflegekassen im SGB XI, als wirtschaftliche Betriebsführung anerkannt werden.*

Diese Empfehlung wird grundsätzlich befürwortet. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass nach dem SGB V und nach dem SGB XI die Selbstverwaltung die Verhandlungen zur Finanzierung der ambulanten Pflege führt. Das Sozialministerium ist an diesen Verhandlungen nicht direkt beteiligt.

*b) Die Enquetekommission setzt sich für die Schaffung einer flächendeckenden Versorgungsstruktur mit einer leistungsgerechten Vergütung über alle Kassenarten hinweg und für alle ambulant psychiatrisch tätigen Pflegedienste sowie der ambulanten Kinderintensivpflege ein. Kranken- und Pflegekassen müssen sich in den Vergütungsverhandlungen ihrer Verantwortung für die Menschen mit Pflegebedarf stellen. Die Finanzierung der ambulanten Dienste muss eine ganzheitliche Pflege ermöglichen.*

Diese Handlungsempfehlung wird von der Landesregierung unterstützt. Nur eine leistungsgerechte Vergütung aller an der ambulant psychiatrisch tätigen Pflege beteiligten Berufsgruppen [incl. Sozialdienste, Rettungssanitäter, Pflegekräfte, Pflegehilfskräfte, Fachtherapeuten (Physiotherapeuten, Sport- und Ergotherapeuten)] kann auf lange Sicht eine flächendeckende Versorgung unter ganzheitlichen Aspekten sicherstellen.

*c) Die Enquetekommission empfiehlt, eine Prüfung der Finanzierung der Familienpflege und Haushaltshilfe im Bereich des SGB XI mit dem Ziel einer Verbesserung der Refinanzierungssituation vorzunehmen.*

Familienpflege und Haushaltshilfe leistet in Notsituationen, insbesondere bei Erkrankung der Eltern oder wenn diese sich einer Rehabilitationsmaßnahme unterziehen, praktische Hilfen zu Hause, damit Kinder in ihrer gewohnten Umgebung gut betreut und versorgt sind. Für die Finanzierung der Familienpflege und Haushaltshilfe im Rahmen der Pflegeversicherung besteht angesichts dieses Sachzusammenhangs keine Grundlage.

*Um die Häusliche Krankenpflege als wichtige Säule der ambulanten Pflege zu erhalten und auszubauen, nimmt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen vor:*

*a) Das Genehmigungsverfahren innerhalb der Häuslichen Krankenpflege muss optimiert werden. Modellvorhaben zum Bürokratieabbau innerhalb der Häuslichen Krankenpflege sind flächendeckend umzusetzen.*

Vgl. hierzu die Ausführungen zu Handlungsempfehlung 3.3.3 lit. e). Es wird zwar als durchaus positiv erachtet, dass in der Genehmigungspraxis auftretende Schwierigkeiten mit Hilfe von Modellvorhaben ausgeräumt werden sollen, jedoch kann das Sozialministerium auf die Umsetzung/Einführung von Modellvorhaben, die zwischen den (landesunmittelbaren) Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer ausgehandelt werden, keinen Einfluss nehmen. Die vertragliche Ausgestaltung von Versorgungsverträgen nach § 132 a Abs. 2 SGB V oder Modellvorhaben stellt eine ureigene Aufgabe der Selbstverwaltung dar.

*b) Pflegefachkräfte sollen auch für den Bereich der Häuslichen Krankenpflege gezielt akquiriert werden.*

*c) Das Image der Häuslichen Krankenpflege und der ambulanten häuslichen Pflege und die Attraktivität dieser Arbeitsfelder soll verbessert werden. Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, hierfür in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Leistungserbringer der Häuslichen Krankenpflege und der ambulanten häuslichen Pflege entsprechende Konzepte zu entwickeln.*

Weder die Fachkräftenachfrage noch das Image der häuslichen Krankenpflege erfordern ein spezielles Konzept. Dieses würde sich von den Anstrengungen zur Fachkräftesicherung in den Arbeitsfeldern der Altenpflege und der Krankenpflege und zur Imageverbesserung der Pflegeberufe allgemein nur graduell unterscheiden. Die Landesregierung befürwortet deshalb eine Gesamtkonzeption, die alle Versorgungsformen berücksichtigt.

*d) Für das pflegerisch-medizinische Übergangsmanagement zwischen Häuslicher Krankenpflege und Krankenhaus sollen verbindliche Regelungen getroffen und eine verbindliche Refinanzierung konzipiert werden.*

Stationär behandelte Patientinnen und Patienten haben gegenüber dem Krankenhaus einen Anspruch auf ein Entlassmanagement als Bestandteil der Krankenhausbehandlung. Hierzu gehört insbesondere, dass ein sozialer Krankenhausdienst dafür sorgt, dass die zur Pflege, Nachsorge und Rehabilitation notwendigen Maßnahmen eingeleitet werden. Der Gesetzgeber hat mit der Neuregelung des § 39 Absatz 1 a SGB V im Rahmen des im Jahr 2015 in Kraft getretenen GKV-VSG die Aufgaben der am Entlassmanagement beteiligten Akteure stärker konkretisiert.

Krankenhäuser können ihren Patientinnen und Patienten bei Entlassung aus der stationären Behandlung für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen häusliche Krankenpflege, Arzneimittel, Hilfsmittel, und Soziotherapie verordnen. Die Versicherten haben gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des vom Krankenhaus organisierten Entlassmanagements. Soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander.

*e) Die Personalkosten in der Häuslichen Krankenpflege sollen refinanziert werden.*

Die Landesregierung unterstützt die Forderung nach einer kostendeckenden Finanzierung in der Häuslichen Krankenpflege. Nach SGB V obliegt die inhaltliche Ausgestaltung von Versorgungsverträgen nach § 132 a Abs. 2 SGB V allerdings den gesetzlichen Krankenkassen und den jeweiligen Leistungserbringern als Vertragspartner. Die Krankenkassen haben hierbei einerseits den Sicherstellungsauftrag gegenüber ihren Versicherten zu erfüllen. Andererseits sind sie im Interesse der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler unter Beachtung des Wirtschaftlich-



keitsgebots und des Gebots der Beitragssatzstabilität gezwungen, vertretbare Angebote zu unterbreiten und Vertragspartner zu finden, die unter den angebotenen Rahmenbedingungen die Leistungserbringung ermöglichen.

Das Sozialministerium kann in der Regel keinen Einfluss auf die Verträge zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen nehmen. Der Bundesgesetzgeber hat die Vertragshoheit für den Bereich der häuslichen Krankenpflege ausdrücklich den gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringern übertragen. Die Vertragsgestaltungen und vor allem die Höhe der Vergütung sind damit Angelegenheit der selbstverwalteten Krankenkasse und der Leistungserbringer. Im Falle von Nichteinigung der beteiligten Vertragsparteien sieht das Gesetz eine Schiedsstellenlösung vor. Das Sozialministerium kann in seiner Funktion als Aufsichtsbehörde nur in den Fällen tätig werden, in denen durch das Handeln oder Unterlassen einer Krankenkasse das Recht verletzt würde.

Politisches Ziel des Sozialministeriums ist es, dass die Versicherten im Rahmen ihrer gesetzlichen Ansprüche eine ausreichende Versorgung erhalten und dass die Fachkräfte eine angemessene Vergütung erhalten. Der aus dem Kostendruck im Gesundheitswesen einerseits und aus den Verdienstnotwendigkeiten des Leistungserbringers andererseits resultierende Zielkonflikt kann aber durch die Mittel der Rechtsaufsicht nicht gelöst werden.

Ein rechtsaufsichtliches Einschreiten wäre nur dann denkbar, wenn die Krankenkassen die Grenzen des ihnen eingeräumten Verhandlungsspielraums missbrauchen und den Leistungserbringern Konditionen aufzwingen würden, die mit ihrer Stellung als öffentlich-rechtlich gebundene Träger unvereinbar sind.

*f) Die einzelnen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege sollen monetär aufgewertet werden.*

Es wird auf die Ausführungen zu e) verwiesen.

*g) Die Enquetekommission Pflege empfiehlt der Landesregierung, die Weiterentwicklung des Modellversuchs „Verordnung Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V“ (vdek) und des Entbürokratisierungsprojektes der AOK Südlicher Oberrhein, Katholische Sozialstation Freiburg und der Sozialstation Südlicher Breisgau zu unterstützen.*

Die Landesregierung begrüßt diese Handlungsempfehlung. Allerdings verfügt die Landesregierung kaum über Unterstützungsmöglichkeiten, da dies in der Verantwortung der Selbstverwaltung bei den Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer liegt.

*h) Die formalen Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen sollen dahingehend überarbeitet werden, dass tatsächlich von den Pflegediensten erbrachte Leistungen auch von den Krankenkassen erstattet werden.*

Grundlagen für die Verordnung der häuslichen Krankenpflege (HKP) sind neben den gesetzlichen Regelungen des § 37 SGB V die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. In § 3 ff. der Richtlinie werden die Voraussetzungen aufgelistet, nach denen die Gewährung von HKP erfolgen kann. Da es sich hierbei um bundesweit geltende Richtlinien handelt, kann von Seiten der Landesregierung nicht direkt Einfluss genommen werden.

Die Vergütung der Leistungen der ambulanten Pflegedienste in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird in Verträgen mit den Krankenkassen im Rahmen ihrer Selbstverwaltung (also ohne Einflussmöglichkeit von Seiten der Politik bzw. des Sozialministeriums) vereinbart. Die Krankenkassen haben nach § 132 a SGB V über die Leistungen der HKP Versorgungsverträge mit Leistungserbringern zu schließen. Hierbei sind die Krankenkassen von Rechts wegen auf die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V verpflichtet, wonach die Vergütung grundsätzlich nur bis zur sogenannten Veränderungsrate (die Entwicklung der Grundlohnsumme, d. h. der Summe der beitragspflichtigen Ein-

nahmen der Mitglieder der Sozialversicherung) zulässig ist. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität besagt, dass Vergütungsvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern so zu gestalten sind, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen sind. Die Ausgaben sollen – auch in den einzelnen Leistungsbereichen – nicht stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Eine entsprechende Entwicklung kann sich die Landesregierung auch im Bereich der häuslichen Krankenpflege vorstellen.

Vor diesem (bundes-)gesetzlich geregelten Hintergrund obliegt eine Überarbeitung/Änderung der formalen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme den Vertragspartnern (Krankenkassen – Verbände der Leistungserbringer).

*i) Der Aufbau von Doppelstrukturen und Überschneidungen zwischen der flächendeckenden HKP-Versorgung und einer aufsuchenden Versorgung durch Hausarztpraxen soll vermieden werden.*

Die Verordnung von HKP erfolgt im Rahmen des Leistungskatalogs der GKV durch einen Vertragsarzt (§§ 11, 12 SGB V). Dieser kann unabhängig hiervon auch bei medizinischer Notwendigkeit Hausbesuche bei Versicherten erbringen. Eine Doppelstruktur ist hierdurch nicht ersichtlich.

*Die Enquetekommission ist der Ansicht, dass das Angebot spezialisierter ambulanter Pflege zukünftig ausgebaut werden muss, um das grundsätzliche Ziel, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, zu ermöglichen und qualitativ hochwertige, flächendeckende Angebote anbieten zu können.*

*a) Die Enquetekommission empfiehlt den Anbietern ambulanter Pflege, Pflegefachkräfte in Bezug auf ambulante palliative Pflege fortzubilden.*

Die Empfehlung wird befürwortet, allerdings müssen die damit verbundenen Refinanzierungsfragen auf der Ebene der Selbstverwaltung geklärt werden.

*b) Die Enquetekommission regt an, die Angebote der Palliativversorgung in der ambulanten Pflege zu verankern und die flächendeckende Versorgung durch ambulante Kinderintensivpflege zu ermöglichen.*

Die Empfehlung entspricht den Zielen und Handlungsempfehlungen der Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzeption für Baden-Württemberg.

In Baden-Württemberg besteht bereits ein flächendeckendes Netz an qualifizierten Pflegediensten, bei denen die häusliche palliativpflegerische Versorgung grundsätzlich Bestandteil des Versorgungsangebotes ist. Dieses Angebot soll weiter ausgebaut und alle Akteure beteiligt und vernetzt werden.

*c) Die Enquetekommission regt bei den Rahmenvertragspartnern die Aushandlung eines gesonderten Rahmenvertrags für die psychiatrische Krankenpflege und Zusatzvereinbarungen, über die die Leistungen vergütet werden, an.*

Diese Handlungsempfehlung wird von der Landesregierung unterstützt, weil dies zur Sicherstellung einer qualifizierten psychiatrischen Krankenpflege beitragen kann.

Wie bereits zu den Handlungsempfehlungen e) und f) der Ziff. 3.3.6 ausgeführt, kann das Sozialministerium bzw. die Landesregierung keinen Einfluss auf die Verträge zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen erbringen.

Die Organisation der Versorgung mit HKP stellt eine ureigene Aufgabe der Selbstverwaltung dar und wird ohne staatliche Einwirkungsmöglichkeit frei vereinbart. Vertragsinhaltliche Fragen und Diskussionspunkte sind deshalb auch von den vertragschließenden Parteien selbst zu klären. Das Sozialministerium kann den Beteiligten allenfalls moderierend und beratend zur Seite stehen.

Unabhängig hiervon liegt dem Sozialministerium aufgrund einer aktuellen Umfrage bei den landesunmittelbaren Krankenkassen die Information vor, dass ein-

zelne Kostenträger mit zehn ambulanten Pflegediensten Verträge für die psychiatrische Krankenpflege geschlossen haben.

### **3.3.7 Wohnen im Pflegeheim**

*Es müssen die Grundlagen für eine Pflegeinfrastrukturplanung auf kommunaler Ebene geschaffen werden.*

*a) Die stationäre Pflege wird auch in Zukunft als eine Säule in der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf benötigt. Die Einrichtungen brauchen dazu Rahmenbedingungen, die ihnen eine fachlich gute und wirtschaftlich tragfähige Arbeit ermöglichen. Die Enquetekommission fordert die Landesregierung auf, dies bei der Setzung der Rahmenbedingungen im Ordnungsrecht und sonstigen Rechtsbereichen zu berücksichtigen. Ebenso wird an die Bundesregierung appelliert, die Rahmenbedingungen im Leistungsrecht anzupassen.*

Das Ordnungsrecht stellt die Bedürfnisse der Menschen in den Pflegeheimen in den Vordergrund und legt dazu die Mindestanforderungen fest. Der Wechsel der stationären Pflege von der reinen Unterbringung („satt und sauber“) zu einer der eigenen Häuslichkeit weitgehenden angenäherten Wohnsituation mit einer möglichst die individuellen Bedürfnisse berücksichtigenden Versorgung wurde im Heimrecht mit dem Wohn-, Teilhabe und Pflegegesetz (WTGP) und den Verordnungen zu Bau, Personal und Mitwirkung konsequent vollzogen und damit den geänderten Bedürfnissen der Menschen im Land angepasst.

Auch Bundesebene setzt sich die Landesregierung dafür ein, dass die Rahmenbedingungen im Leistungsrecht den Bedürfnissen der Menschen in den stationären Einrichtungen angepasst werden.

*b) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, ihr Leistungsspektrum auf unterschiedliche örtliche Bedarfe abzustimmen.*

Diese Empfehlung wird begrüßt.

*c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Prüfung der Einführung eines Pflegemonitorings zur Erfassung struktureller Entwicklungen und zur Ermöglichung einer gezielten Planung der benötigten Infrastruktur auf kommunaler Ebene.*

Ein Pflegemonitoring auf Landesebene, dessen Inhalte zur Entscheidungsfindung auch auf lokale Ebene heruntergebrochen werden können, ist eine sinnvolle Plattform für Vergleiche, Hochrechnungen und die Verbreiterung guter Praxis. Zudem werden die Statistikdaten der Pflegestatistik mit dem PSG hinsichtlich Regionalisierung weiterentwickelt.

Ein Pflegemonitoring muss sowohl quantitative als auch qualitative Aspekte pflegerischer Versorgung darstellen. Es muss geeignet sein, den Ausbau der Pflegeinfrastruktur weiter zu entwickeln und der Landesregierung Entscheidungen zu Interventionen, wie Fördermaßnahmen, zu ermöglichen.

*d) Die Enquetekommission begrüßt die Stärkung der kommunalen Planungskompetenz durch die Umsetzung der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege.*

Die Landesregierung begrüßt diese Empfehlung. Die am 29. September 2014 auf Ebene der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ hat beschlossen, die Rolle der Kommunen insbesondere im Bereich der Beratung der Betroffenen deutlich zu stärken und die Kommunen stärker verantwortlich in die Strukturen der Pflege einzubinden.

Die Bund-Länder-AG hat rund 40 Empfehlungen beschlossen, unter denen sich die Empfehlung zur Einbindung der Kommunen bei der Erbringung von Bera-

tungsleistungen befindet. Danach sollen bundesweit 60 Modellkommunen nach dem Vorbild der Optionskommune im Sozialgesetzbuch II (SGB II) errichtet werden, um eine Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen in der Pflege zu erreichen und einen ganzheitlichen und sozialräumlichen Beratungsansatz zu erproben. Baden-Württemberg hatte sich für diese Empfehlung besonders stark gemacht und sogleich mittels Bundesratsänderungsantrag darauf gedrungen, diese Empfehlung in das Pflegestärkungsgesetz II aufzunehmen. In der Folge wurde die Empfehlung in den Kabinettsentwurf des Pflegestärkungsgesetzes III aufgenommen, das zum 1. Januar 2017 in Kraft treten soll. Nach den §§ 123, 124 SGB XI neu können bundesweit bis zu 60 „Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen“ durchgeführt werden. Durch Vereinbarung mit den Landesverbänden der Pflegekassen werden künftig bestimmte Beratungstätigkeiten der Sozialen Pflegeversicherung unter Federführung der Kommunen durchgeführt werden. Die nähere Ausgestaltung und die Rahmenbedingungen im Einzelnen werden noch Gegenstand des Bundesratsverfahrens im Herbst 2016 sein.

Eine weitere Empfehlung dieser Bund-Länder-AG bestand darin, den Kommunen ein Initiativrecht für die Errichtung von Pflegestützpunkten zu geben. Diese Empfehlung wurde ebenfalls in den Kabinettsentwurf des Pflegestärkungsgesetzes III aufgenommen.

*Die Enquetekommission betrachtet es als Herausforderung, auch zukünftig bezahlbare Pflegeplätze in Baden-Württemberg anbieten zu können.*

*a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, an der 2009 festgeschriebenen grundsätzlichen Einzelzimmervorgabe festzuhalten und wie bisher Ausnahmen entsprechend der Festlegung in der LHeimbauVO zu gewähren. Die vorhandenen Spielräume für eine flexible Handhabung der Grenzwerte sollen genutzt werden, sodass eine auf die örtliche Situation sinnvoll angepasste Gestaltung möglich ist.*

Die Empfehlung spiegelt auch das Anliegen der Landesregierung wider, die stationären Einrichtungen den gewandelten Interessen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohnern zeitgemäß anzupassen. Die großzügigen Übergangsfristen der Landesheimbauverordnung (LHeimbauVO) (bis zu 25 Jahre), die auch im Urteil des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg vom 27. September 2011 (Az: 6 S 707/10) als ausreichend anerkannt wurden, unterstützen einen möglichst reibungslosen Übergang. Mit den ermessenlenkenden Richtlinien zur Umsetzung der LHeimbauVO (ERL) wurde den örtlichen Heimaufsichtsbehörden außerdem ein Instrument an die Hand gegeben, die örtlichen Gegebenheiten im gebotenen Maß zu berücksichtigen, ohne den Zweck der Verordnung zu unterlaufen.

*b) Auch auf die wirtschaftliche Nichtzumutbarkeit bei kleineren Einrichtungen soll nach Abwägung bei Bedarf flexibel reagiert werden können.*

Die Interessenlage von kleineren Einrichtungen findet in den ERL zur LHeimbauVO Berücksichtigung. Befreiungen von den Vorgaben der LHeimbauVO sind bei kleinen Einrichtungen grundsätzlich eher möglich. So ist z. B. ein vereinfachtes Verfahren bei Befreiungsanträgen von Kleinsteinrichtungen mit weniger als 20 Plätzen grundsätzlich möglich. Und es wird wirtschaftlichen Unzumutbarkeit vermutet, wenn bei einer Einrichtung mit 22 bis 30 Plätzen zur Erfüllung des Einzelzimmergebots mehr als 10 Prozent der Plätze abgebaut werden müssen oder die Platzzahl unter 20 sinkt.

*c) Die Enquetekommission regt an zu prüfen, ob die Möglichkeit besteht, dass sich das Land – z. B. über die L-Bank – an der Gestaltung von Sicherheiten für bauliche Maßnahmen beteiligen kann.*

Diese Anregung wird aufgenommen.

*d) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Weiterentwicklung des WTPG und keine grundsätzliche Abkehr der im WTPG vorgenommenen Neuausrichtungen.*

Eine grundsätzliche Abkehr von der Neuausrichtung im WTPG ist nicht vorgesehen. Der Bericht der Landesregierung über die Auswirkungen der Neuregelung des Gesetzes ist gemäß § 34 WTPG für Ende 2017 vorgesehen. Der Bericht wird aufzeigen, welche Erfahrungen mit der Neuausrichtung des WTPG bis dahin gemacht wurden.

*Die Enquetekommission empfiehlt, die Vernetzung und Öffnung der stationären Pflegeeinrichtungen mit dem Gemeinwesen auszubauen. Dazu sollen Angebote geschaffen werden, zu denen Interessierte von außen kommen können, z. B. Singkreise, Erzählcafés u. ä.*

Die Landesregierung hält eine Einbindung der Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Quartiersentwicklungen für notwendig. Diese Einrichtungen stellen Orte des Wohnens für Menschen mit hohem Pflegebedarf dar. Angebote der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Ort oder Stadtteil sollten gegeben sein oder bei Bedarf gefördert werden.

Aber auch das Angebot eines preiswerten und wohnungsnahen Mittagstischs seitens stationärer Pflegeeinrichtungen kann eine Öffnung ins Gemeinwesen darstellen und bietet darüber hinaus einen Bezugspunkt im Quartier für Seniorinnen und Senioren, die nicht einkaufen und kochen können oder wollen (siehe auch Punkt 3.3.8).

*Die Sicherung der Pflegequalität ist der Enquetekommission ein wichtiges Anliegen.*

*a) Die Enquetekommission regt an, ein neues Verfahren zur Bestimmung von Prüfkriterien zu etablieren. Bevor weitere Regelungen „zum Schutz der Menschen mit Pflegebedarf“ erlassen werden, muss nachgewiesen werden, inwieweit diese zu mehr Selbstbestimmung und Lebensqualität beitragen.*

Soweit die Enquetekommission anregt, ein neues Verfahren zur Bestimmung von Prüfkriterien zu etablieren, wird darauf verwiesen, dass auf der Grundlage des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) aktuell die Qualitätsprüfungsrichtlinie (QPR) mit ihrem Verfahren einschließlich der Prüfkriterien überarbeitet wird. Es bleibt abzuwarten, wie die Prüfkriterien sich in der Praxis bewähren.

Leitgedanken des WTPG sind u. a. die Selbstbestimmung und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner zu wahren und zu fördern. Der Prüflaufplan für die Heimaufsichtsbehörden berücksichtigt diese Ziele und wird im Lichte des WTPG und der LPersVO angepasst werden.

*b) Regelungen, die zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner gedacht sind, sollen auch im Hinblick auf ihre Wirkung hinsichtlich der Selbstbestimmung und der Lebensqualität reflektiert werden (zum Beispiel Brandschutz, Hygiene, Möblierung).*

Bei allen Regelungen, die dem Heimrecht unterfallen, wird der Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner in einen angemessenen Ausgleich zur Selbstbestimmung und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner gestellt. Dies bleibt der zentrale Leitgedanke des Ordnungsrechts.

*c) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, individuelle Angebote als Leitziel der Einrichtungen zu definieren und entsprechende Konzepte zu verfolgen. Individualität, Autonomie, Teilhabe, Privatheit und Wohnortnähe müssen feste Bezugspunkte bei der Angebotsentwicklung sein. Dazu sollen die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner eruiert und so weit als möglich berücksichtigt werden.*

Die Landesregierung begrüßt diese Empfehlung. Leitgedanken des WTPG sind Individualität, Autonomie, Teilhabe, Privatheit und Wohnortnähe. Diese finden

sich auch in den entsprechenden Verordnungen (LHeimBauVO und LPersVO) wieder. Das WTPG unterstützt und ermöglicht solche Konzeptionen und Ansätze der Einrichtungen ausdrücklich. Der Vielfalt und Unterschiedlichkeit von Konzepten in Angeboten der Eingliederungshilfe und Pflege soll mit dem WTPG verstärkt Rechnung getragen werden. Für neue Wohnformen können über die Erprobungsregelung des § 31 WTPG Ausnahmen von einzelnen heimrechtlichen Anforderungen zugelassen werden. Gerade die ambulanten Wohnformen (ambulant betreute Wohngemeinschaft für Pflegebedürftige bzw. für Menschen mit Behinderungen sowie vollständig selbstverantwortete Wohngemeinschaften), aber auch Hausgemeinschaftsmodelle tragen dem Wunsch vieler Pflegebedürftiger nach wohnortnaher und in Anlehnung an die Häuslichkeit konzipiertem Wohnen und Unterstützung, Rechnung. Insbesondere für den ländlichen Raum bieten sich solche kleinräumigen Unterbringungsformen als bedarfsgerechte Versorgungsalternativen an.

*d) Die Enquetekommission empfiehlt die verstärkte Einbindung von Angehörigen und bürgerschaftlich Engagierten in den Alltag der Einrichtungen.*

Das Anliegen, verstärkt Angehörige und bürgerschaftlich Engagierte in den Alltag der stationären Einrichtungen einzubinden, wird begrüßt und unterstützt. So wird z. B. als sogenanntes Pluskriterium in den einheitlichen Prüfkriterien für die Heimaufsicht des Landes Baden-Württemberg abgefragt, ob Ehrenamtliche für Besuche bei einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern gewonnen werden konnten.

*e) Grundsätzlich begrüßt die Enquetekommission die Öffnung stationärer Pflegeeinrichtungen in Richtung Quartier sowie eine zielgerichtete Einbindung in das Gemeinwesen.*

Die Landesregierung unterstützt die Öffnung stationärer Pflegeeinrichtungen in Richtung Quartier konkret durch die Regelungen des § 2 (LHeimBauVO) zu Standort und Einrichtungsgröße. So wird in § 2 Abs. 1 LHeimBauVO gefordert: „Die Weiterentwicklung der stationären Infrastruktur soll grundsätzlich durch wohnortnahe, gemeinde- und stadtteilbezogene Angebote mit überschaubaren Einrichtungsgrößen erfolgen.“

Die Landesregierung hält eine Einbindung der Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Quartiersentwicklungen für notwendig. Diese Einrichtungen stellen Orte des Wohnens für Menschen mit hohem Pflegebedarf dar. Angebote der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Ort oder Stadtteil sollten gegeben sein oder bei Bedarf gefördert werden.

Bereits das Angebot eines preiswerten und wohnungsnahen Mittagstischs seitens stationärer Pflegeeinrichtungen kann eine Öffnung ins Gemeinwesen darstellen und bietet darüber hinaus einen Bezugspunkt im Quartier für Senioren, die nicht einkaufen und kochen können oder wollen (siehe auch Punkt 3.3.8).

*f) Die Enquetekommission fordert, eine gut erreichbare Lage, überschaubare Gruppengrößen sowie überschaubare Einrichtungsgrößen bei der Konzeption von Einrichtungen zu berücksichtigen.*

Wie unter Nr. 3.3.7 e) angeführt, werden überschaubare Einrichtungsgrößen und eine gut erreichbare Lage in § 2 LHeimBauVO gefordert. Hinsichtlich der Gruppengröße wird in § 4 Abs. 1 LHeimBauVO als Sollobergrenze 15 Bewohnerinnen und Bewohner festgelegt, um ein möglichst hohes Maß an Normalität in den Einrichtungen zu erreichen.

*g) Es soll auf die Qualität des Essens geachtet und individuelle Bedürfnisse auch bei der Ernährung berücksichtigt werden.*

Gute Essenversorgung ist ein elementares Qualitätsmerkmal für Lebensqualität in stationären Einrichtungen und findet auch bei der Prüfung durch Heimaufsicht und MDK Berücksichtigung. Im Rahmen der Heimmitwirkung gehen die meisten Beschwerden über die Qualität des Essens ein und finden bei guten stationären Einrichtungen im Rahmen des Qualitätsmanagements Berücksichtigung.

Dieses Anliegen wird auch mit der Regelung des § 13 LPersVO unterstützt. Bei Einrichtungen mit mehr als 30 Bewohnerinnen und Bewohnern soll die Qualität der hauswirtschaftlichen Versorgung durch den Einsatz einer Fachkraft im Bereich der Hauswirtschaft sichergestellt werden, da dieser Bereich wesentlich zum Wohlbefinden der Menschen in den stationären Einrichtungen beiträgt.

Im Rahmen des Aktionsprogramms „Nachhaltig essen“ hat das Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz das Kantinen-Coaching-Projekt „GROSSE KÜCHE – GUTES ESSEN“ ins Leben gerufen. Im Rahmen des Projekts soll für Baden-Württemberg ein attraktives, gesundes, nachhaltiges und regionales Angebot in der Gemeinschaftsverpflegung auf den Weg gebracht werden. Die Erkenntnisse aus dem Projekt sollen als Handlungsempfehlungen für weitere Schritte zur Optimierung der Qualität der Außer-Haus-Verpflegung – u. a. auch in der Seniorenverpflegung – in Baden-Württemberg genutzt werden.

*h) Bei der Bewertung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg sollen Kriterien angelegt werden, die objektivierbar, nachvollziehbar und transparent sind. Die bislang verwendeten Kriterien des „Pflege-TÜV“ erscheinen hierzu wenig geeignet. Daher soll ein neues Verfahren entwickelt werden. Die Enquetekommission begrüßt den dazu im PSG II eingeschlagenen Weg.*

Die Landesregierung unterstützt den im PSG II eingeschlagenen Weg vollumfänglich.

*i) Die formelle Kontrolle durch MDK und Heimaufsicht soll durch informelle Kontrolle beispielsweise durch Familienangehörige, bürgerschaftlich Engagierte oder das nachbarschaftliche Netzwerk ergänzt werden. Dies kann durch eine Öffnung der stationären Pflegeeinrichtungen erreicht werden.*

Eine soziale Kontrolle in stationären Einrichtungen durch Familienangehörige, bürgerschaftlich Engagierte oder das nachbarschaftliche Netzwerk findet bereits heute in unterschiedlicher Weise statt. Die Heimaufsichtsbehörden berichten dazu, dass viele Hinweise auf Missstände und Mängel in den stationären Einrichtungen von Familienangehörigen oder bürgerschaftlich Angehörigen an sie herangebracht werden. Diesen Hinweisen wird regelmäßig von der Heimaufsicht nachgegangen und tragen somit in nicht unerheblichem Umfang zur Qualitätssicherung bei.

*Weiter ist die Enquetekommission der Ansicht, dass Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen von den Krankenkassen übernommen werden muss.*

*Handlungsempfehlungen:*

*a) Die Enquetekommission empfiehlt eine Verbesserung der ärztlichen Versorgungssituation in den stationären Pflegeeinrichtungen. Hier ist besonders für bessere Arbeitsbedingungen und eine attraktivere Vergütung beim Einsatz von Ärztinnen und Ärzten beziehungsweise Hausbesuchen in stationären Pflegeeinrichtungen zu sorgen. Dazu schlägt die Enquetekommission einheitliche Verträge für die heimärztliche Versorgung vor. In einem ersten Schritt ist dazu die Einrichtung eines Runden Tisches geeignet mit dem Ziel, auf Landesebene einen einheitlichen Versorgungsvertrag auf den Weg zu bringen.*

Die Landesregierung misst der Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen im Pflegeheim große Bedeutung zu. Dies gilt ebenso für die zahnmedizinische Versorgung. Daher fördert das Sozialministerium u. a. ein Modellprojekt „Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen im Pflegeheim“ oder auch das Projekt „AmbuNet“ (Sektorenübergreifende Kooperation zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung im ländlichen Raum mittels innovativer Technologien und Servicekonzepten). In diesen Modellversuchen werden als wichtige Aspekte besserer Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte in Heimen engere Formen der Kooperation zwischen Ärztinnen und

Ärzten und den Heimen erprobt. In ersterem Projekt sind entsprechend auch Vergütungsregelungen projektbegleitend vereinbart. Die Ergebnisse können künftig auch in die Gestaltung von Kooperationsverträgen nach § 119 b SGB V einfließen.

Weitere Ansätze, eine verbesserten Kooperation und Vernetzung zu schaffen, wie die Vereinbarungen im Hausärztervertrag der AOK Baden-Württemberg oder das Netzwerk „Gesundes Kinzigtal“ werden von der Landesregierung begrüßt und mit Interesse verfolgt.

Die Landesregierung hält eine Ausschöpfung der nun gegebenen Möglichkeiten und eine Verstetigung der begonnenen Ansätze für notwendig und sieht in einem Runden Tisch derzeit keine Perspektive. Die Ergebnisse der Regelung des § 119 b SGB V sollten einer wissenschaftlich fundierten Evaluation unterzogen werden. Eine solche über § 119 b Absatz 3 SGB V hinausgehende Evaluation könnte beispielsweise durch ein wissenschaftliches Institut vorgenommen werden.

*b) Die Enquetekommission regt eine verstärkte Integration von Arztpraxen in stationäre Pflegeeinrichtungen an. Weiter sollen Kooperationen zwischen Pflegeheimen und Fachärztinnen sowie Fachärzten gefördert werden.*

Eine verstärkte Integration von Arztpraxen in stationäre Pflegeeinrichtung, zum Beispiel in Form von Nebenbetriebsstätten (Zweigpraxen), wäre wünschenswert.

Die räumlichen und sächlichen Voraussetzungen müssen entsprechend vorhanden sein, damit in den Räumen einer stationären Pflegeeinrichtung eine Arztpraxis mit der notwendigen Ausstattung eingerichtet werden kann. Insbesondere eine gemeinsame Raumnutzung von Ärztinnen und Ärzten und Pflegeheim ist schwierig und bedarf besonderer organisatorischer Voraussetzungen (z. B. fest verschließbare Schränke zur Aufbewahrung von Patientenakten und EDV aus Datenschutzgründen). Auch die Betriebskosten (Miete, Nebenkosten, Reinigung etc.) müssen sich im Rahmen halten, sonst trägt sich eine Nebenbetriebsstätte nicht. Des Weiteren bietet eine Arztpraxis in einem stationären Pflegeheim für die Hausärztinnen und Hausärzte weniger Abrechnungsmöglichkeiten, da beispielsweise Hausbesuche nicht mehr abgerechnet werden können. Gleichzeitig bedeutet der Betrieb einer Nebenbetriebsstätte allerdings einen erheblichen wirtschaftlichen Auswand (sächlich und personell, ggf. sogar zusätzliches Personal), der kompensiert werden muss.

Zur Förderung der Kooperationen zwischen Pflegeheimen und Fachärztinnen und Fachärzten ist anzumerken, dass § 119 b SGB V explizit keine Einschränkung auf Verträge mit Hausärzten vorsieht. Kooperationen mit Fachärztinnen und Fachärzten werden ausdrücklich begrüßt.

*c) Die Enquetekommission sieht aufgrund der derzeitigen Entwicklungen die Notwendigkeit, § 119 b SGB V (stationäre Pflegeeinrichtungen können vom Zulassungsausschuss ermächtigt werden, an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten mit angestellten Ärztinnen und Ärzten teilzunehmen, wenn Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern innerhalb von sechs Monaten nicht zustande gekommen sind) zu evaluieren und fortentwickeln.*

Es wird auf die Ausführungen zu a) verwiesen.

*d) Die Enquetekommission regt die Kompetenzerteilung für einen weiter zu bestimmenden Teil der medizinischen Versorgung an das Pflegepersonal an.*

*e) Die Enquetekommission empfiehlt die Schaffung eines gesetzlichen Rahmens für den Einsatz von qualifizierten „Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten“ (Advanced Nursing Practice), die teilweise Aufgaben der Hausärztinnen und Hausärzten in Pflegeeinrichtungen übernehmen können, inklusive eines gesetzlichen Refinanzierungsrahmens.*

Der Kompetenzerteilung stimmt die Landesregierung zu. Es bedarf einer genauen Abstimmung.



- f) *Zu der Schnittstelle von SGB V und XI soll es Regelungen geben, die beinhalten, dass die Krankenversicherung Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen zumindest mitfinanziert.*

Dies ist zwar als Aufgabe im schwarz-roten Koalitionsvertrag der gegenwärtigen Bundesregierung beschrieben, aber bislang nicht angegangen worden. Demnach sollen die Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI im Hinblick auf die konsequente Umsetzung der Grundsätze ambulant vor stationär und Prävention vor Rehabilitation vor Pflege geprüft werden. Die Finanzierungsverantwortung soll dort verortet werden, wo der Nutzen entsteht, um Verschiebeparkplätze zu beseitigen. Deshalb soll auch geprüft, ob die Pflegeversicherung sich an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation beteiligen soll.

Bevor eine Bundesratsinitiative auf den Weg gebracht werden kann, müssen vorher zahlreiche grundsätzliche Fragestellungen beleuchtet und erörtert werden, z. B. das in Rede stehende Ausgabevolumen, die erforderlichen Ausgleichsmechanismen zwischen SGB V und XI, die für die Pflegeversicherung notwendige finanzielle Kompensation, etwa durch die Rückverlagerung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen auf die Krankenkassen. Dort übrigens mit der gleichen Begründung wie bei der Rehabilitation, dass die Krankenkasse erheblich von der Durchführung der medizinischen Behandlungspflege profitiert, weil damit regelmäßig notwendige Arztbesuche oder wesentlich teurere Einweisungen in das Krankenhaus vermieden werden.

- g) *Bezüglich der (akademischen) Ausbildung siehe Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“.*

Der Personalschlüssel muss an die aktuellen Anforderungen angepasst und refinanziert werden. Hierzu gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) *Mehr Personal ist eine wichtige Voraussetzung für eine bessere Pflege, daher ist die Personalausstattung durch eine Erhöhung der Personalrichtwerte, die mit einer entsprechenden Refinanzierung verbunden sein muss, zu verbessern. Mehr dazu im Abschnitt 3.5.3 „Personalschlüssel, Personalmix, Qualifikationsmix“.*

Auf die Ausführungen in 3.5.3 wird verwiesen.

- b) *Die Enquetekommission regt die Prüfung einer verbindlichen gesetzlichen Festlegung der Personalbemessung für stationäre Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene an.*

Aufgrund des 2. Pflegestärkungsgesetzes wird nach § 113 c SGB XI die Selbstverwaltung beauftragt, ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes zu entwickeln und zu erproben.

- c) *Einrichtungen muss die Einstellung und Beschäftigung von Quereinsteigerinnen und Quereinsteigern erleichtert werden.*

Im Rahmen der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive wurden für die Altenpflegeausbildung erweiterte Möglichkeiten für eine Förderung von Umschulungen durch die Bundesagentur für Arbeit geschaffen. Diese ist jetzt auch für die gesamte Dauer der dreijährigen Ausbildung möglich. Mit dem Verfahren zur Kompetenzfeststellung wurden neue Verkürzungsmöglichkeiten auch für Berufserfahrene ohne einschlägige Vorbildung geschaffen.

*d) Grundsätzlich sind die Einrichtungen gefragt, sich als attraktive Arbeitgeber zu präsentieren. Hierbei können die Qualitätskriterien für Magneteeinrichtungen eine wertvolle Orientierung bieten.*

Wesentliche Voraussetzung für ein positives Image von stationären Pflegeeinrichtungen ist deren Attraktivität auch als Arbeitgeber. Hierauf ist auch das Personalmanagement auszurichten. Maßnahmen, die dazu beitragen, stationäre Pflegeeinrichtungen für Pflegende attraktiv zu machen, werden begrüßt.

*e) Die Enquetekommission setzt sich bei der Landesregierung dafür ein, dass die Verlagerung der Tätigkeiten auf Fachkräfte und Assistenzkräfte, inklusive ungelernter Arbeitskräfte, nur erfolgen darf, soweit dies fachlich vertretbar ist, d. h. sie darf nicht zu einem Absenken der hohen Pflegequalität in Baden-Württemberg führen. Der Weg, der mit der Landesheimpersonalverordnung eingeschlagen wurde, soll fortgesetzt werden.*

Mit den beiden Modellen nach § 8 und § 9 der LPersVO, die in unterschiedlichem Umfang und unterschiedlichen Kombinationen den Einsatz von Pflegefachkräften, Fachkräften, Assistenzkräften und angelernten Kräften ermöglichen, wird einerseits eine Flexibilisierung der Fachkraftquote erreicht, andererseits aber die hohe Pflegequalität in Baden-Württemberg dauerhaft gesichert.

Mit der Regelung in § 11 LPersVO wird zusätzlich sichergestellt, dass in stationären Einrichtungen, die Bewohnerinnen und Bewohner mit spezifischem Pflege- und Betreuungsbedarf versorgen, mindestens eine der beschäftigten Pflegefachkräfte über eine entsprechende fachspezifische Qualifizierung verfügen muss. Damit ist gewährleistet, dass Tätigkeiten, die eine bestimmte Sachkunde erfordern, fachgerecht durchgeführt werden.

*f) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Landesheimpersonalverordnung bis Ende 2018 zu evaluieren und fortzuentwickeln.*

Eine wissenschaftliche Evaluation der (LPersVO) ist nicht vorgesehen. Die Empfehlung der Enquetekommission, die LPersVO fortzuentwickeln, wird aber insofern umgesetzt, als die Wirkung der LPersVO in der Praxis stetig beobachtet wird. Sofern sich einzelne Regelungen nicht bewähren sollten, werden diese zeitnah angepasst. Auf veränderte Rahmenbedingungen, die eine Fortentwicklung der LPersVO notwendig machen sollten, wird zeitnah reagiert.

*g) Die Enquetekommission empfiehlt, die Ausbildungsinhalte auf die veränderten Anforderungen wie Demenz, Multimorbidität etc. anzupassen. Weitere Ausführungen hierzu im Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“.*

Dies ist bereits jetzt ein wesentlicher Inhalt der Ausbildung und muss bei der künftigen gemeinsamen Ausbildung noch stärker berücksichtigt werden.

*h) Die Enquetekommission fordert die Landesregierung auf, hinreichend qualifiziertes Personal durch Fachkraftquoten zu sichern. Eine Evaluation des WTPG nach § 34 wird empfohlen. Soweit erforderlich, soll eine Anpassung vorgenommen werden.*

Mit der Festschreibung der Fachkraftquote in § 10 Abs. 3 Nr. 4 Halbsatz 2 WTPG und den Regelungen in § 8 und § 9 der LPersVO wird diese Handlungsempfehlung erfüllt. Sofern aufgrund geänderter Rahmenbedingungen ein Anpassungsbedarf entstehen sollte bzw. sich einzelne Regelungen nicht bewähren sollten, wird zeitnah reagiert.

*i) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Einführung eines Pflegemonitorings zur Personalplanung in der Altenhilfe zu prüfen.*

Ein Pflegemonitoring auf Landesebene, dessen Inhalte zur Entscheidungsfindung auch auf lokale Ebene heruntergebrochen werden können, ist eine sinnvolle Platt-

form für Vergleiche, Hochrechnungen und die Verbreiterung guter Praxis. Zudem werden die Statistikdaten der Pflegestatistik mit dem PSG hinsichtlich Regionalisierung weiterentwickelt.

Ein Pflegemonitoring muss sowohl quantitative als auch qualitative Aspekte pflegerischer Versorgung darstellen. Es muss geeignet sein, den Ausbau der Pflegeinfrastruktur weiter zu entwickeln und der Landesregierung Entscheidungen zu Interventionen, wie Fördermaßnahmen, zu ermöglichen.

### **3.3.8 Lebensraum Quartier**

*Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung und den Kommunen, alle an der Quartiersentwicklung Beteiligten verstärkt für die Thematik zu sensibilisieren und durch entsprechende Informationen zu unterstützen. Dies kann erfolgen durch Anlegung einer Datenbank und einer Methodensammlung mit Praxisbeispielen, Auflegen von Informationsbroschüren, Beratungsangebot für Initiativen und Kommunen, Informationsveranstaltungen, Unterstützung bei der Umsetzung sowie Erfahrungsaustausch und Qualifizierungsmaßnahmen für „Kümmerer“.*

Die Landesregierung misst dem Thema Quartiersentwicklung große Bedeutung bei. Sie sieht als Räume des Gemeinwesens entwickelte Quartiere als die notwendige Basis an, Langzeitpflege sozialraumorientiert organisiert vorhalten zu können und es den Menschen auch möglich zu machen, bei Bedarf von Unterstützung, Betreuung und Pflege in ihrer Häuslichkeit zu verbleiben. Sie hält es für sinnvoll, alle Beteiligten in Quartiersentwicklungen verstärkt für die Thematik zu sensibilisieren und in geeigneter Weise alle Beteiligten entsprechend zu informieren und zu unterstützen.

Das vom Sozialministerium unter Beteiligung aller Akteure im Bereich Pflege entwickelte und im Landespflegeausschuss vorgestellte Konzept zur Weiterentwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen „Konzept ambulant 2.0“ zeigt mögliche Handlungsfelder und Umsetzungsschritte im Sinne eines Methodenkoffers für alle im ambulanten Pflegekontext Beteiligten auf. Es setzt an den jeweils unterschiedlichen Bedarfen gemäß der jeweiligen Lebenslage an. Dieses Konzept ist mit der Zielsetzung aufgelegt, die Fähigkeiten der Menschen, sich selbstständig zu versorgen, möglichst lange zu erhalten und zu verbessern und damit die Abhängigkeit von Unterstützung, Betreuung und Pflege zu verringern.

Der „Kompass Seniorenpolitik“ der Landesregierung legt in verschiedenen Kapiteln, bspw. Kap. 2.3 „Altersfreundliches Umfeld“ und Kap. 4.2 „Generationenpolitik“, die Vorteile des Quartiersansatzes dar. In den seniorenpolitischen Werkstattgesprächen hatte sich gezeigt, dass solche Handlungsempfehlungen zur Stärkung des Lebensraums Quartier aus Sicht der älteren Menschen und ihrer Interessenvertretungen erwünscht sind. Durch die Verbreitung des „Kompasses“ und seine Diskussion (z. B. in den Kreisen der Seniorenräte, bei den Kirchen, Vereinen, Verbänden und Stiftungen) werden diese Empfehlungen ins Land getragen.

Mit diesen Maßnahmen sucht die Landesregierung bei den lokalen Akteuren das Bewusstsein für die Themen Alter, Pflegebedürftigkeit, Demenz usw. zu schärfen, und zu unterstützen, dass ältere, pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld (Wohnort oder Wohnortnähe) verbleiben können.

*Zum Vorgehen bei der Quartiersentwicklung gibt die Enquetekommission nachfolgende Empfehlungen ab:*

- a) *Der Bedarf an Quartiersentwicklungsmaßnahmen soll durch eine Quartiersanalyse vor Ort erhoben werden.*
- b) *Die Quartiersstrukturen sind zu untersuchen. Hierzu kommen die Aufstellung eines Sozialdatenatlases oder eines Alterssurveys und ein Sozialdaten-Monitoring in Betracht.*

- c) Die Bürgerinnen und Bürger sollen von Beginn an, zum Beispiel mittels einer Leitbildentwicklung, kontinuierlich in die Quartiersentwicklung einbezogen werden.
- d) Parallelstrukturen sollen vermieden werden. Die Quartiersentwicklungsmaßnahmen sollen bestehende Angebote an Beratung, an Begegnungsstätten, an Hilfe, Betreuung, Bildung, Kultur und bürgerschaftlichem Engagement u. ä. einbeziehen.
- e) Die Quartiersarbeit soll auf Dauer angelegt sein und alle lokalen Akteure (Kommune, Wohlfahrt, Einzelhandel, Arztpraxen, Finanzdienstleister, Unternehmen, Bürgerinnen und Bürger etc.) einbeziehen.
- f) Das bürgerschaftliche Engagement ist einzubinden. Menschen sind besonders nach dem Berufsaustritt ansprechbar. Sie können für die Nachbarschaft, für Seniorennetzwerke etc. gewonnen werden.
- g) Die Quartiersbezogenheit der Kirchen (zum Beispiel Kirchengemeinden, kirchlich organisierte Nachbarschaftshilfen, Besuchsdienstgruppen) soll genutzt werden.

Zudem wird den Kommunen empfohlen:

- a) Einen Verein für Quartiersmanagement bzw. Vereine für Quartiersmanagement in den Stadtteilen zu gründen.
- b) Eine „Quartierverwaltung“ mit einem „Quartiersmanagement“ als Organisations- und Ansprechperson einzurichten, welche u. a. bürgerschaftlich Engagierte im Quartier unterstützt.
- c) Alle Planungsentscheidungen, vor allem der Bauleitplanung, an der sozialen Quartiersplanung auszurichten. Es sollen dezentrale Strukturen geplant werden an Stelle von zum Beispiel weniger, großer Einkaufszentren.

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Zuständigkeiten für Quartiersentwicklung innerhalb der Landesregierung breit aufzustellen und einen Runden Tisch unter Beteiligung mehrerer Ministerien (MLR, MFW, SM etc.) zu gründen.

Die Landesregierung sieht die Notwendigkeit, Quartiersentwicklungen auf eine breit angelegte Analyse von Quartiersstrukturen zu gründen.

Die Landesregierung stützt sich in der Quartiersentwicklung auf vielfältige Erfahrungen im Land. Städte und Gemeinden machen bereits sehr gute Praxiserfahrungen mit gezielter Quartiersentwicklung. Zurzeit wird beispielsweise in fünf Stadtteilen der Stadt Mannheim, in denen komplexe Problemlagen erkennbar sind und es an Strukturen zu deren Bewältigung mangelt, Quartiersmanagement eingesetzt. Explizites Ziel des Mannheimer Quartiersmanagements ist die Förderung der seniorengerechten Gestaltung des Wohngebiets sowie die Förderung des ehrenamtlichen Engagements von und für Seniorinnen und Senioren. Im Rahmen des Quartiersmanagements werden sowohl generationen-übergreifende als auch speziell auf die ältere Bevölkerung zugeschnittene Angebote entwickelt.

Auch andere Städte wie Schwäbisch Gmünd, Filderstadt, Karlsruhe oder Heilbronn betonen aufgrund eigener Erfahrungen, dass im fachlich qualifizierten und personell ausreichend ausgestatteten Quartiersmanagement Vernetzungsziele stadtteilbezogen und damit konkret und nahe bei bzw. mit der Bevölkerung verfolgt werden können. Aus Sicht kommunaler Sozialplanung liegen in diesem Ansatz wesentliche Entwicklungspotenziale – nicht nur für die ältere Generation.

In die Quartiersentwicklung sollten bestehende Angebote an Beratung, Unterstützung u. ä. einbezogen werden. Insbesondere Pflegestützpunkte, ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen sollten aktiv mit eingebunden werden. Der (sozio-)demografische Wandel mit veränderten gesellschaftlichen Gegebenheiten und damit verbunden der steigende Bedarf an pflegerischen Versorgungsstrukturen stellt insbesondere die Kommunen vor große Herausforderungen.

Das Engagement und die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger spielt für die Dorf- und Quartiersentwicklung eine erhebliche Rolle und sollen eingebunden werden. Eine tragfähige pflegerische Versorgung wird nur in einem Hilfemix realisierbar sein. Die Quartiersbezogenheit der Kirchen und ihrer Wohlfahrtsverbände in Bezug auf die Nachbarschaftshilfen, Besuchsdienstgruppen, Klinikseelsorge und ambulante Hospizdienste kann noch stärker mit eingebunden werden. Z. B. verfügen die Kirchen und ihre Wohlfahrtsverbände in dem Feld von Besuchs- und Seelsorgediensten über eine gut ausgebaute Struktur und Qualifizierung ihrer ehrenamtlich und hauptamtlich Mitarbeitenden, die es ermöglicht, Menschen auch zuhause aufzusuchen, die nicht mehr mobil und oft auch vereinsamt sind.

Die Landesregierung hält es für sinnvoll, für die angestrebte Quartiersentwicklung einen dezentralen Ansatz zu verfolgen, der eine stärkere Rolle der Kommunen vorsieht. Vor Ort können so passgenaue, an den Bedürfnissen der Menschen orientierte Lösungsansätze mit Beteiligung der Bürger entwickelt werden. Sie wird die Kommunen bei der Entwicklung eines Quartiersmanagement unterstützen und fördern. So sollen die Kommunen in die Lage versetzt werden, die Empfehlungen der Enquetekommission für ein Quartiersmanagement in den Stadtteilen, für eine „Quartierverwaltung“ und für eine an sozialer Quartiersplanung ausgerichteten Bauleitplanung umzusetzen.

Die Landesregierung wird die Zuständigkeiten für Quartiersentwicklung breit aufstellen.

*Die Enquetekommission empfiehlt den Kommunen:*

- a) *Lokale Bündnisse zu initiieren.*
- b) *Aufsuchende Sozialarbeit zu leisten. Diese kann mit der Bewerbung von Angeboten im Quartier verknüpft werden.*
- c) *Internetplattformen aufzubauen, auf denen lokale Angebote aus Dienstleistung (zum Beispiel Friseur) und Handel (u. a. Hygieneartikel, Lebensmittel) zugänglich sind.*
- d) *Dezentrale Anbieter und Begleit- und Fahrdienste durch finanzielle Förderung, kostenlose/kostengünstige Bereitstellung von Infrastruktur (Multifunktionshäuser) oder durch Werbung zu unterstützen. Zur Nahversorgung sind Kooperationsmärkte oder -läden (zum Beispiel CAP- oder BONUS-Märkte) anzustreben.*
- e) *Den Einsatz von rollenden Supermärkten, Bäckereien, Metzgereien, Gemüseläden zu unterstützen.*
- f) *Mobilität auch älteren Menschen zu ermöglichen. Der ÖPNV sollte zum Beispiel durch Einstiegshilfen gut nutzbar sein.*
- g) *Barrierefreiheit im öffentlichen Raum durch Aufzüge, Absenken der Bordsteine etc. zu schaffen.*

*Im privatwirtschaftlichen Raum werden Geschäfte und Unternehmen gebeten, Barrierefreiheit herzustellen.*

Die Landesregierung verfolgt eine Strategie einer Quartiersentwicklung in überschaubaren Sozialräumen mit angemessener Infrastruktur pflegerischer Versorgung, wo sinnvoll auch Multifunktionshäusern, und einer Bewahrung notwendiger Infrastruktur von Mobilität, Gesundheitsversorgung, Einkauf, öffentlicher Verwaltung etc. besonders im ländlichen Raum.

Die Gestaltung und Verwirklichung neuer Kommunikationszentren auch in Gestalt von Multifunktionshäusern durch eine geteilte Infrastruktur bietet beispielsweise Wohlfahrtsträgern und auch Kirchengemeinden Möglichkeiten, sich konzeptionell und mit Gebäuden einzubringen, sowohl im städtischen wie auch im ländlichen Raum. Dabei könnten sich auch Mehrgenerationenhäuser in lokale Bündnisse einbringen. Die Landesregierung wird die Kommunen in der Realisie-

rung lokaler Lösungen durch die Förderung eines Quartiersmanagements unterstützen.

Eine konstruktive Rolle bei der Gestaltung eines „Lebensraums Quartier“ sieht die Landesregierung auch bei den Mehrgenerationenhäusern. Ein wichtiger Teil ihrer Aufgaben ist es, Alt und Jung in ihrem Einzugsbereich miteinander in Kontakt zu bringen. Hierfür eignen sich Nachbarschafts- und Quartiersprojekte besonders gut.

Sie setzt sich dafür ein, die besonderen Leistungen der Mehrgenerationenhäuser bei dieser Aufgabe stärker ins Bewusstsein zu rücken und Unterstützung zu gewinnen, dass Mehrgenerationenhäuser in Vorhaben für den Lebensraum Quartier von Anfang an eingebunden werden. Dabei hat sich die Landesregierung das Ziel gesetzt, Konzepte zu unterstützen, die dazu dienen, das Zusammenleben von Generationen zu fördern.

Die Landesregierung misst dem Thema Nahversorgung eine große Bedeutung bei. Eine funktionierende Nahversorgung hat großen Einfluss auf die Standortqualität einer Kommune für das Gewerbe und die Lebensqualität der Wohnbevölkerung. Ein Lebensmittelgeschäft hat zudem gerade in kleineren Gemeinden im ländlichen Raum häufig eine wichtige Funktion als sozialer Treffpunkt.

Zusammen mit dem Handelsverband Baden-Württemberg unterstützt sie deshalb das Projekt „Nahversorgung Aktuell“. Der „Leitfaden mit bewährten Konzepten aus Baden-Württemberg“ aus dem Jahr 2015 zeigt, dass in Baden-Württemberg eine ganze Reihe von unterschiedlichen Nahversorgungskonzepten für den Lebensmitteleinzelhandel existieren, die erfolgreich umgesetzt werden können. Sie reichen von Kleinflächenkonzepten mittelständischer Großhändler und Nachbarschaftsmärkten über genossenschaftliche Dorfläden und Betriebsformen mit sozialem Ansatz bis hin zu Angeboten der etablierten Handelsketten. Unter den beispielhaften Nahversorgungskonzepten sind auch CAP- oder BONUS-Märkte im Leitfaden beschrieben, welche im Enquetebericht gefordert werden. Ebenso sind Beispiele für mobile Nahversorger, zum Beispiel der Einsatz von rollenden Supermärkten, im Leitfaden aufgeführt. Auch Lieferdienste und Online-Angebote gehören inzwischen dazu. Für die Sicherung einer funktionierenden Nahversorgung kommt es darauf an, den Akteuren in den Kommunen, engagierten Bürgerinnen und Bürgern und den an der Gründung oder Übernahme eines Lebensmittelgeschäfts Interessierten die wesentlichen Informationen über die sich wandelnden Konzepte und deren jeweilige Standortvoraussetzungen zu vermitteln.

Die Landesregierung misst dem Informationsdialog mit Kommunen und mit interessierten Bürgerinnen und Bürgern, die sich vor Ort engagieren wollen, einen hohen Stellenwert zu. Die regionalen Informationsveranstaltungen „Überall gut versorgt? Perspektiven der Nahversorgung im Ländlichen Raum“ mit dem Handelsverband Baden-Württemberg (EHV), der Akademie Ländlicher Raum Baden-Württemberg (ALR) und dem Gemeindetag Baden-Württemberg in den Jahren 2011 und 2012, sowie Schulungsseminare „Dorfläden erfolgreich führen: Mit bürgerschaftlichem Engagement zur Nahversorgung vor Ort“ hatten ein großes Echo. 2016 werden erneut regionale Informationsveranstaltungen in Bad Teinach, Rheinstetten, Schwäbisch Gmünd und Assamstadt durchgeführt. Die Landesregierung hält auch die Verbreitung vielseitiger digitaler Angebote und Anwendungen für eine Sicherstellung grundlegender Angebotsstrukturen von Unterstützung, Pflege- und Gesundheitsversorgung sowie des Handels und der Dienstleistungen für wichtig. Sie treibt den zügigen Ausbau flächendeckender Breitbandinfrastruktur voran, um eine ausreichende Netzinfrastruktur zur Datenübermittlung zur Verfügung zu haben.

Die Landesregierung hält vielfältige Formen der Mobilität für die Sicherung der Teilhabe für notwendig. Angebote der Versorgung und Freizeitgestaltung müssen für ihre Nutzerschaft erreichbar sein. Ein Konzept von Nahmobilität („Leben im Quartier“) erfordert kompakte nutzungsgemischte Siedlungsstrukturen, wo auf kurzen Wegen zu Fuß oder mit dem Fahrrad viele verschiedene Angebote erreichbar sind. Die Nahmobilität ist von großer Bedeutung für den Erhalt von Selbständigkeit, die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sowie für die Versorgung von Pflegebedürftigen. Eine verstärkte Ausrichtung der Stadt- und Verkehrsplanung auf die Nahmobilität bedeutet nicht nur für besonders sensible Personengruppen ein Mehr an Lebensqualität. Vielmehr profitiert im Sinne einer nachhaltigen Entwicklung die Gesellschaft insgesamt davon.

Neben der Möglichkeit zur Einrichtung von Fahrdiensten ist auch ein Konzept von Begleiddiensten zielführend, die hilfsbedürftige Personen auf ihren Wegen zu Fuß, mit dem Fahrrad und/oder mit dem ÖPNV begleiten und nach Bedarf unterstützen. Solche Begleiddienste sollten vermehrt in der Öffentlichkeit erwähnt und auf örtlicher Ebene angeregt werden, da sie einen wichtigen Beitrag leisten können, die Selbstbestimmung älterer Menschen zu erhalten. Sie eignen sich auch gut zur Stärkung von generationenübergreifenden Kontakten.

*Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, Studien zur Wirkungsanalyse von Quartiersansätzen in Baden-Württemberg in Auftrag zu geben.*

Die Landesregierung hält grundsätzlich eine Evaluation der Wirkungen von Quartiersentwicklung für sinnvoll. Sie wird prüfen, Studien mit entsprechenden Fragestellungen zur Begleitung des Entwicklungsprozesses und der sich zeigenden Wirkungen in Auftrag zu geben.

*Barrierefreies Bauen und die Anpassung des Bestands an Bedürfnisse von älteren Menschen und Menschen mit Behinderung sollen gefördert werden. Das Wohnraumförderprogramm soll für den sozialen und barrierefreien Wohnraum ausgebaut werden. Weitere Ausführungen zum „altersgerechten Wohnen“ sind im Abschnitt 3.3.6 „Wohnen in der eigenen Häuslichkeit“ zu finden.*

*Im Rahmen der Flexibilisierung ordnungs- und leistungsrechtlicher Vorschriften sind neue innovative Wohn- und Betreuungsformen zuzulassen und zu unterstützen.*

Die Landesregierung sieht einen umfassenden Ansatz von Barrierefreiheit als grundlegend und zielführend für die Schaffung generationengerechter und Inklusion ermöglichender Wohnstrukturen an.

Quartiersentwicklung und Wohnumfeldgestaltung sind allerdings vorrangig Aufgaben der Kommunen. Deshalb müssen die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen bei der Wohnumfeldgestaltung vor allem auf kommunaler Ebene wirkungsvoller eingebracht werden.

Das von der Landesregierung auf den Weg gebrachte neue Landesbehinderten-gleichstellungsgesetz verpflichtet die Stadt- und Landkreise, kommunale Behindertenbeauftragte zu bestellen. Sie verfügen kraft Gesetzes über umfangreiche Mitwirkungsrechte. Nach dem Gesetz können auch kreisangehörige Gemeinden kommunale Behindertenbeauftragte bestellen. Es ist damit zu rechnen, dass die kommunalen Behindertenbeauftragten die Belange von Menschen mit Behinderungen bei der Quartierentwicklung und Wohnumfeldgestaltung künftig deutlich effektiver einbringen werden.

Im Rahmen seiner ordnungsrechtlichen Zuständigkeit hat das Land Baden-Württemberg 2014 das Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) erlassen. Mit Blick auf die geänderten Ansprüche von Menschen mit Unterstützungsbedarf soll verstärkt der Vielfalt und Unterschiedlichkeit von Konzepten in Angeboten der Eingliederungshilfe und Pflege Rechnung getragen werden. Mit der Neuausrichtung des Anwendungsbereichs wird dem Wunsch entsprochen, so lange und so selbstbestimmt wie möglich in einer vertrauten, an der Normalität ausgerichteten und möglichst wenig fremdgesteuerten Umgebung leben zu können. Gleichzeitig sollen der notwendige Schutz sichergestellt und Möglichkeiten geschaffen werden, neue Betreuungs- und Wohnformen konzeptionell zu fördern. Das WTPG ermöglicht bereits jetzt vielfältige, variable Formen des Zusammenlebens im häuslichen Bereich. Je nach Art der geschützten Wohnform definiert es gestaffelte, bedarfsangepasste Anforderungsprofile. Der staatliche Überwachungsauftrag entspricht dem jeweiligen Schutzbedarf der Bewohnerinnen und Bewohner. Die breite Palette an Wohnformen reicht von der stationären Pflegeeinrichtung bis hin zur selbstverantworteten Wohngemeinschaft. Die Einbindung ins Quartier ist möglich und gewünscht. Weitere Flexibilität wird durch die Möglichkeit von Erprobungsregelungen eingeräumt.

Das im Wirtschaftsministerium verantwortete Landeswohnraumförderungsprogramm (aktuell Programm 2015/16) bietet bereits auf breiter Basis investive Ansätze und Förderanreize für bauliche Maßnahmen zur Herstellung von altersgerechtem bzw. barrierefreiem oder barrierearmen Wohnraum. Das gilt im Rahmen

mehrerer Förderansätze auch bereits für die Zielgruppe einkommensschwächerer Haushalte.

Mit Blick auf die in den Handlungsempfehlungen angesprochenen „leistungsrechtlichen Vorschriften“ und deren Öffnung für innovative Wohn- und Betreuungsförmlichkeiten in der Wohnraumförderung ist festzuhalten, dass angesichts steigender Immobilien- und Mietpreise für eine steigende Zahl von Haushalten, vor allem in den Verdichtungsräumen des Landes, ein zu geringes Einkommen das größte Zugangshindernis zum Wohnungsmarkt darstellt. Gerade die Einkommensschwäche vieler Haushalte ist somit der Grund, dass die Versorgung mit angemessenem Wohnraum nicht mehr ohne staatliche Hilfe erreicht werden kann.

Gerade hier setzt die Projekt- bzw. Objektförderung der Landeswohnraumförderung an. Damit sollen Zugangshindernisse für einkommensschwächere Haushalte gemildert oder abgebaut werden. Dies geschieht durch Anreicherung des Marktsegmentes bei gleichzeitigem Vorbehalt dieser Wohnungen ausschließlich für einkommensschwache Haushalte. Die Landeswohnraumförderung mit seiner investiven Objektförderung kann auch altersgerechtes Wohnen unterstützen, sofern bauliche Maßnahmen getroffen werden, die solchen Haushalten zu Gute kommen, die sich nicht selbst am Markt mit angemessenem Wohnraum versorgen können

Im Übrigen berücksichtigt die Wohnraumförderung des Landes folgende Aspekte:

- Allgemeine soziale Mietwohnraumförderung

Die Förderung des Neubaus und des Erwerbs gebundener Mietwohnungen sowie der Erwerb von Belegungsrechten kann mit einer Zusatzförderung zur Herstellung von Barrierefreiheit entsprechend der DIN-Norm verknüpft werden. Die landesweite Modernisierungsförderung im Mietwohnungsbestand unterstützt unter anderem die barrierefreie Anpassung von Mietwohnungen, indem das KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“ im Zins (auf null Prozent) weiter verbilligt wird.

- Eigentumsförderung

Auch die Förderung des Baus und Erwerbs neuen Wohnraums zur Selbstnutzung (Eigentumsförderung) umfasst eine Zusatzförderung zur Herstellung von Barrierefreiheit der Wohnung. Zudem wird die Anpassung bestehenden Wohneigentums im Hinblick auf eine Barrierefreiheit sowie auf Barrierearmut unterstützt. Beim Erwerb bestehenden Wohnraums wird ferner ein altersgerechter Umbau unter Inanspruchnahme des entsprechenden KfW-Angebots gefördert. Bei der Eigentumsförderung ist grundsätzlich zu beachten, dass die soziale Orientierung auch dieses Förderbereichs u. a. die Einhaltung von Einkommensgrenzen voraussetzt.

- Wohnungseigentümergeinschaften

Zugunsten von Wohnungseigentümergeinschaften eröffnet das Land schließlich mit Hilfe einer Bürgschaft zugunsten der L-Bank den Eigentümergemeinschaften den Zugang u. a. zu dem KfW-Programm „Altersgerecht umbauen“. Das Land verbilligt diese Darlehen auf null Prozent.

*Zur Öffnung und Einbindung von stationären Einrichtungen in das Quartier gibt die Enquetekommission die folgenden Handlungsempfehlungen ab:*

- a) Kommunen und Pflegeeinrichtungen sollen durch bauliche Maßnahmen die Kommunikation zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtungen, Angehörigen und Nachbarn unterstützen.*
- b) Einrichtungen und Kommunen sollen durch zugängliche und einladende Treffpunkte mit Sitzgelegenheiten vor den Häusern die Begegnung und Kommunikation unterstützen, sodass Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und Nachbarn zwanglos miteinander ins Gespräch kommen können.*
- c) Wenn bestimmte Strukturen vor Ort fehlen, könnten stationäre Pflegeeinrichtungen beispielsweise einen offenen Mittagstisch anbieten oder bestehende*



*Einkaufsmöglichkeiten (Kiosk) für Quartiersbewohnerinnen und Quartiersbewohner öffnen.*

- d) Der kommunikative und kulturelle Austausch zwischen Pflegeeinrichtungen, Vereinen, Organisationen und ehrenamtlich Engagierten, soll gefördert werden.*
- e) Bei der Programmgestaltung in den Einrichtungen wird eine Zusammenarbeit mit Vereinen, Volkshochschule etc. begrüßt.*
- f) Einzelne Veranstaltungsprogramme in den stationären Pflegeeinrichtungen sollen für Quartiersbewohnerinnen und Quartiersbewohner geöffnet werden.*
- g) Vereine, Einrichtungen und Kommunen sollen niederschwellige gemeinsame Gruppenaktivitäten wie beispielsweise offene Singkreise, Qi-Gong-Gruppen oder Sitztanzkreise anbieten.*

Die Landesregierung befürwortet die Öffnung und Einbindung von stationären Einrichtungen in das Quartier. Als Orte des Lebens und Wohnens für Menschen die umfassender Pflege bedürfen sollten sich Einrichtungen der stationären Langzeitpflege als Teil des Quartiers oder Dorfes wahrnehmen.

Mit einem Angebot eines preiswerten und wohnungsnahen Mittagstischs oder der Öffnung bestehender Einkaufsmöglichkeiten (Kiosk) für die Bürgerinnen und Bürger des Quartiers können stationäre Einrichtungen die Infrastruktur der Unterstützung und Versorgung im Quartier stärken. Konzepte der integrierten Tagespflege oder auch z. B. Cafes angegliedert an (teil-)stationäre Einrichtungen sind sinnvoll.

Ein kommunikativer und kultureller Austausch zwischen Pflegeeinrichtungen, Vereinen, Organisationen und ehrenamtlich Engagierten, sowie mit den „Kirchen und anderer Religionsgemeinschaften“ fördert die Teilhabe. Sie bringen die Einbeziehung von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen in Veranstaltungen im Quartier mit voran, ob Gottesdienste, Volkshochschule, Vereinsaktivitäten, Musikschulen oder andere gemeindliche Veranstaltungen. Ebenso ermöglichen sie generationenübergreifende Kontakte mit bspw. Kindergärten, Schulen oder kirchlichen Gruppen.

*Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung:*

- a) In Zusammenarbeit mit den Kommunen eine Gesamtstrategie für Quartiersentwicklung in Baden-Württemberg zu erarbeiten, die Umsetzung moderierend zu begleiten und die Entwicklung von Quartierskonzepten in Kommunen durch Bereitstellung von fachlichen Informationen (z. B. Beratungsbüro auf Landesebene) zu unterstützen. Die Gesamtstrategie Quartier lässt sich u. a. durch die Flexibilisierung ordnungs- und leistungsrechtlicher Vorschriften entwickeln. Quartierskonzepte müssen fester Bestandteil der Städtebauförderung sein. Soziale Nachbarschaftsnetze sind zu fördern. Es ist eine verlässliche Finanzierungsgrundlage zu bieten.*
- b) Ein Musterkonzept für Quartiersplanung/-entwicklung zu erarbeiten und dessen Umsetzung durch Ko-Finanzierung von kommunalen Quartiersmanagementstrukturen zu fördern.*
- c) Verlässliche, stabile Strukturen mit professioneller Unterstützung zu initiieren und zu fördern.*
- d) Rechtliche und finanzielle Voraussetzungen für Erleichterungen bei der Umsetzung dezentraler Maßnahmen im Quartier zu schaffen.*
- e) In Zusammenarbeit mit Bund und Kommunen ein Konzept für die (Anschub-) Finanzierung von Quartiers-/Dorfentwicklung und -management zu entwickeln, wobei die Planungshoheit nach wie vor den Kommunen zusteht.*

*f) Das Landespflegegesetz weiterzuentwickeln.*

Die Landesregierung wird in Zusammenarbeit mit den Kommunen, aber auch mit Wohlfahrtspflege, Wohnungswirtschaft, zivilgesellschaftlichen Organisationen etc. eine Gesamtstrategie für Quartiersentwicklung in Baden-Württemberg erarbeiten. Hierfür wird sie einen Runden Tisch „Quartiersentwicklung“ auf den Weg bringen.

Sie sieht die Rolle der Kommunen in der Quartiersentwicklung als zentral an. Die Entwicklung von nachhaltigem Quartiersmanagement in Kommunen wird sie daher unterstützen.

Der Runde Tisch „Quartiersentwicklung“ wird sich insbesondere der Frage der Erarbeitung eines Handlungsleitfadens zur Quartiersplanung und Quartiersentwicklung annehmen und dabei auch die Finanzierung von kommunalen Quartiersmanagementstrukturen beleuchten.

*Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung eine Bundesratsinitiative mit der Zielsetzung, die Kommunen im Pflegestärkungsgesetz stärker in die Pflicht zu nehmen. Dabei sind die folgenden Punkte zu berücksichtigen:*

- a) Aufnahme allgemeiner Regelungen, die Planungsverpflichtungen für Quartiersentwicklung enthalten.*
- b) Einführung einer Kooperationspflicht der Kassen vor Ort bei Maßnahmen der Quartiersentwicklung.*
- c) Kommunen, die in dem Bereich bereits gut aufgestellt sind, sollen als Optionskommunen Aufgaben der Sozialen Pflegeversicherung vertraglich übertragen werden können (Vereinbarung mit den Kassen).*

Die am 29. September 2014 auf Ebene der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ hat beschlossen, die Rolle der Kommunen insbesondere im Bereich der Beratung der Betroffenen deutlich zu stärken und die Kommunen stärker verantwortlich in die Strukturen der Pflege einzubinden. Die Bund-Länder-AG hat rund 40 Empfehlungen beschlossen, unter denen sich die Empfehlung zur Einbindung der Kommunen bei der Erbringung von Beratungsleistungen befindet.

Danach sollen bundesweit 60 Modellkommunen nach dem Vorbild der Optionskommune im SGB II errichtet werden, um eine Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen in der Pflege zu erreichen und einen ganzheitlichen und sozialräumlichen Beratungsansatz zu erproben. Baden-Württemberg hatte sich für diese Empfehlung besonders stark gemacht und sogleich mittels Bundesratsänderungsantrag darauf gedrungen, diese Empfehlung in das Pflegestärkungsgesetz II aufzunehmen. In der Folge wurde die Empfehlung in den Kabinettsentwurf des Pflegestärkungsgesetzes III aufgenommen, das zum 1. Januar 2017 in Kraft treten soll. Nach den §§ 123, 124 SGB XI-neu können bundesweit bis zu 60 „Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen“ durchgeführt werden. Durch Vereinbarung mit den Landesverbänden der Pflegekassen werden künftig bestimmte Beratungstätigkeiten der Sozialen Pflegeversicherung unter Federführung der Kommunen durchgeführt werden. Die nähere Ausgestaltung und die Rahmenbedingungen im Einzelnen werden noch Gegenstand des Bundesratsverfahrens im Herbst 2016 sein.

*Den Kommunen empfiehlt die Enquetekommission:*

- a) Eine kommunale Steuerung für die Quartiersentwicklung einzurichten.*
- b) Eine „Quartiersverwaltung“, d. h. eine zentrale Stelle in der kommunalen Verwaltung zu schaffen, die sich um den Aufbau von Quartiersstrukturen kümmert. Das „Quartiersmanagement“ fungiert als Ansprechperson für Interessierte, Unternehmen etc., die sich in einem bestimmten Quartier engagieren wollen.*

- c) *Quartiersentwicklung/-planung als Leitgedanken kommunaler Verwaltungstätigkeit in allen Bereichen der Verwaltung der Kommune zu implementieren. In der (Sozial)Verwaltung ist beispielsweise die Zuständigkeit an Quartieren zu orientieren und nicht an Anfangsbuchstaben.*
- d) *Quartiers- und Dorfentwicklung unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gegebenheiten in den einzelnen Kommunen (sozialraumorientiertes Vorgehen) durchzuführen.*
- e) *Die Wohnungswirtschaft einzubeziehen.*

Die Landesregierung wird die Einrichtung eines Quartiersmanagements in den Kommunen fördern. Sie sieht eine kommunale Steuerung der Quartiersentwicklung und Einrichtung einer entsprechenden Stelle in der Kommune für sinnvoll an, um ein sozialraumorientiertes Vorgehen unter dem Leitgedanken der Quartiersentwicklung in der Stadt- bzw. Ortsentwicklungsplanung zu etablieren.

Die von der baden-württembergischen Landesregierung erstmalig für die Jahre 2015 und 2016 durch die Bereitstellung echter Landesmittel eingeführte Nicht-investive Städtebauförderung setzt hier an und soll weitergeführt werden

*Die Enquetekommission empfiehlt:*

- a) *Qualitative und quantitative Ressourcen für Case-Management (hierzu auch Ausführungen im Abschnitt 3.3.2 „Beratung“) und Gemeinwesenarbeit bereitzustellen.*
- b) *Das Quartiersmanagement finanziell zu fördern. Quartiersarbeit und Einbindung ins Gemeinwesen sollen als Aufgabe des Gemeinwesens betrachtet und auch als solche finanziert werden.*

Nachdem die Landesregierung dem Thema Quartiersentwicklung große Bedeutung beimisst, wird sie hierfür entsprechende Haushaltsmittel zur Verfügung stellen, um die Kommunen im Aufbau eines nachhaltigen Quartiersmanagement zu unterstützen.

### **3.3.9 Alternative Wohnformen**

*Die Enquetekommission empfiehlt deshalb der Landesregierung:*

- a) *Den Ausbau der ambulant betreuten Wohngemeinschaften im ländlichen Bereich zu erleichtern.*

Mit dem WTPG unterstützt die Landesregierung bereits den kleinräumlichen Aufbau von Unterstützungsstrukturen.

- b) *Eine Förderung ambulant betreuter Wohngemeinschaften über § 38 a SGB XI hinaus zu prüfen.*

Die Landesregierung fördert bereits mit dem „Innovationsprogramm Pflege“ in hohem Maße den Aufbau ambulant betreuter Wohngemeinschaften und sieht dies weiterhin als Förderschwerpunkt.

- c) *Genossenschaftsrechtlich ausgestaltete Lösungsansätze zu prüfen, wenn im ländlichen Raum langfristige, auf Beteiligung und Selbstbestimmtheit angelegte Wohnformen für Senioren gesucht werden.*

Die Landesregierung unterstützt die Verbreitung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften durch eine investive Förderung von Leuchtturmprojekten im Rahmen des „Innovationsprogramms Pflege“. Sie erleichtert den Ausbau durch das Beratungsangebot der Fachstelle für ambulant unterstützte Wohnformen (FaWo).

Die FaWo mit ihrer Aufgabenstellung, Initiatoren und Multiplikatoren ambulant unterstützter Wohnformen durch fachliche Beratung zu unterstützen, wird sie weiter fördern und auch ausbauen. Für eine dauerhafte Förderung ambulant betreuter Wohngemeinschaften über den § 38 a SGB XI hinaus sieht sie keine Notwendigkeit.

Auch genossenschaftsrechtlich ausgestaltete Lösungsansätze sind ein sinnvoller und im aktuellen Rechtsrahmen gangbarer Weg für alternative Wohnformen. Die im Auftrag des Sozialministeriums im Jahr 2014 veröffentlichte Studie „Mehr Generationendialog in Gemeinschaftswohnprojekten“ gewährt hier interessante Erkenntnisse.

### **3.3.10 Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege**

*Das Potenzial der Tages- und Kurzzeitpflege muss besser genutzt werden. Es ist deshalb ein wohnortnahes und flächendeckendes Netz von Tagespflegeeinrichtungen aufzubauen. Es ist auch ein wohnortnahes und flächendeckendes Netz von Kurzzeitpflegeeinrichtungen erforderlich.*

*a) Die Enquetekommission appelliert an die Kostenträger und Leistungserbringer, die vorhandenen Angebote zu prüfen und auszubauen.*

Diese Empfehlung wird befürwortet. Nachdem die Landesregierung einen deutlichen weiteren Ausbau von Angeboten der Nacht- und Tagespflege ebenso wie der Kurzzeitpflege für erforderlich hält, ist ein Förderschwerpunkt im Rahmen des „Innovationsprogramms Pflege“ die Förderung von teilstationären Angeboten.

*b) Der Landesregierung wird empfohlen, sich über eine Bundesratsinitiative dafür einzusetzen, Hemmnisse im Bereich der Beförderung der Menschen mit Pflegebedarf im Rahmen des § 41 SGB XI einer konstruktiven Lösung zuzuführen. Dabei soll insbesondere geprüft werden, inwiefern eine Trennung zwischen Beförderungskosten und Pflegeleistungen zielführend sein könnte.*

Die Landesregierung wird prüfen, ob eine entsprechende Bundesratsinitiative mehrheitsfähig sein wird.

*c) Ebenso ist die Selbstverwaltung gefordert, bei dem Abschluss von Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI für den teilstationären Bereich eine tragfähige Lösung zu finden, die die Fahrtkosten (Personal- und Sachkosten) in voller Höhe abbildet.*

Dieser Empfehlung ist grundsätzlich zuzustimmen.

*d) Angebote der Tagespflege sollen stärker ins Bewusstsein der Betroffenen und ihrer Angehörigen gebracht werden.*

Diese Empfehlung wird geteilt.

*e) Ferner soll geprüft werden, ob die Hol- und Bringdienste von Tagespflegeeinrichtungen in den Katalog der Verordnung über die Befreiung bestimmter Beförderungsfälle (FrStllgV) aufgenommen werden können.*

Die Prüfung, ob die Hol- und Bringdienste von Tagespflegeeinrichtungen in den Katalog der Verordnung über die Befreiung bestimmter Beförderungsfälle von den Vorschriften des Personenbeförderungsgesetzes (Freistellungs-Verordnung-FrStllgV) einbezogen werden können, wird in die in b) genannte Prüfung miteinbezogen.

- f) *Im Rahmen der Kurzzeitpflege bedarf es eines Beratungsangebotes für die längerfristig angelegte Entscheidungsfindung darüber, wie es nach der Kurzzeitpflege weiter gehen soll.*

In der Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt stellt sich bei vielen Menschen ein erhöhter Beratungsbedarf bezüglich des Übergangs in ambulante Pflege dar. Die Landesregierung spricht sich dafür aus, dass dieser auch realisiert wird.

### **3.3.11 Sektorale Trennung**

- a) *Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, sich beim Bundesgesetzgeber für eine Aufhebung der Trennung von „ambulant“ und „stationär“ im SGB XI einzusetzen und das Bundesministerium für Gesundheit um eine Expertise zu ersuchen, wie dies rechtlich und konkret ausgestaltet werden könnte.*
- b) *Es sollen hierbei Alternativmodelle entwickelt werden und Erprobungen auf bundesgesetzlicher Ebene leistungrechtlich ermöglicht werden. Dabei sollen insbesondere Leistungsformen des Persönlichen Budgets und der Sachleistungsbudgets einbezogen werden.*
- c) *Der Landesregierung und den Einrichtungen wird empfohlen, „Mischformen“ (z. B. Organisationsverbände, flexible Verbundlösungen beziehungsweise Institutsambulanzermächtigungen) über die Regelung des § 31 WTPG zu erproben.*
- d) *Stationäre Pflegeeinrichtungen sollen im Sinne einer Institutsambulanzermächtigung pflegerische Versorgungsleistungen im betreuten Wohnen und in Privathaushalten im Umfeld der Einrichtung erbringen dürfen. Vice versa sollen auch ambulant organisierte Angebote in stationären Einrichtungen erbracht werden können.*
- e) *Pflegepersonal aus dem stationären Pflegebereich soll in Privathaushalten eingesetzt werden können. Übergänge für Betroffene sollen möglichst fließend gestaltet werden, sodass Autonomie so viel wie möglich und so lange wie möglich bestehen kann.*
- f) *Einrichtungen, die sowohl stationäre Pflegeplätze als auch ambulant betreutes Wohnen anbieten, soll eine flexiblere Zuordnung der einzelnen Plätze ermöglicht werden. Benötigt zum Beispiel ein bisher im betreuten Wohnbereich lebender Mensch Leistungen der stationären Pflege, soll der Pflegeplatz mit dem Menschen gehen und nicht umgekehrt. Die Wohnung des Betroffenen kann dann mit entsprechender Anpassung der Personalausstattung im stationären Bereich Bestandteil der stationären Einrichtung werden.*

Langfristig ist eine vom Versorgungsort unabhängige Leistungsgewährung mit sektorenübergreifender bedarfsorientierter Pflegeversorgung anzustreben. Daher sind im Grundsatz die von der Enquetekommission aufgestellten Empfehlungen zur Aufhebung der sektoralen Grenzen zu begrüßen. Nachdem jedoch diese Empfehlungen nach aktueller Rechtslage nicht umsetzbar sind, bedarf es hierzu im Vorfeld einer umfangreichen Diskussion, damit die in den Empfehlungen genannten Varianten zur Überwindung der Sektorengrenzen auch dann nachhaltig durchgeführt werden können.

Die in c) genannten „Mischformen“ sind nach § 31 WTPG grundsätzlich zur Erprobung möglich und denkbar. Sie werden bei Vorliegen entsprechender Anträge auf ihre Tragfähigkeit und Praktikabilität geprüft. Das größte Hemmnis in diesem Kontext stellen aber regelmäßig leistungrechtliche Hürden dar.

### 3.4.1 Gendersensible Pflege

*Es sollen neue, gendersensible Strategien der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf entwickelt werden.*

- a) Die finanzielle Versorgung pflegender Angehöriger muss sichergestellt werden. Hierzu empfiehlt die Enquetekommission insbesondere die Prüfung eines „Pflegegelds“ entsprechend dem „Elterngeld“. Das Elterngeld hat dafür gesorgt, dass sich zunehmend auch Männer Zeit für ihre neugeborenen Kinder nehmen (weitere Ausführungen hierzu im Abschnitt 3.3.3 „Familiäre Pflege“).*

Dem vorrangig an die Bundesregierung gerichteten Prüfauftrag kann zugestimmt werden.

- b) Männer sollen verstärkt in die Sorge- und Pflegearbeit einbezogen werden. Zu diesem Zweck erachtet die Enquetekommission Kampagnen als sinnvoll. Diese könnten beispielsweise darauf abzielen, Jungen und junge Männer für Praktika und Freiwilligeneinsätze zu gewinnen. Die inzwischen wachsende Zahl von Männern, die sich an Pflegeaufgaben beteiligen, und ihre Art zu pflegen soll für die Öffentlichkeit sichtbar gemacht werden. Dabei sind kultursensible Aspekte zu beachten.*

Die Landesregierung begrüßt diese Empfehlung.

- c) Familien sollen dabei unterstützt werden, die Pflegeverantwortung innerfamiliär gerechter zu teilen. Hierzu sollen geeignete Modelle durch die Landesregierung initiiert werden. Anregungen liefert beispielsweise das Projekt „Familiäre Pflege“ in Nordrhein-Westfalen.*

Die Landesregierung sieht hierzu keinen unmittelbaren Handlungsbedarf.

- d) Die Datenlage über pflegende Angehörige soll verbessert werden. Hierzu soll die amtliche Pflegestatistik um die Differenzierung nach Geschlechtern innerhalb der privat geleisteten Pflege erweitert werden. Es bedarf einer vermehrten wissenschaftlichen Erforschung zur Lebenslage und zum Lebenslauf pflegender Angehöriger. Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, hierzu Forschungsvorhaben zu fördern.*

Die Landesregierung prüft die Vergabe von Forschungsprojekten und bezieht solche Vorschläge in dem durch Landesmittel geförderten „Innovationsprogramm Pflege“ mit ein.

*Um zukünftig verstärkt Männer für die Pflegearbeit und Pflegetätigkeit gewinnen zu können, nimmt die Enquetekommission folgende Empfehlungen vor:*

- a) Es sollen vermehrt (Schul-)Praktika von Jungen und Männern im Pflegebereich sowie ganzjährige und auf Kontinuität angelegte Schulprojekte im sozialen Bereich eingeführt werden.*

Im Rahmen des Prozesses der beruflichen Orientierung durchlaufen Schülerinnen und Schüler zukünftig nach Art, Umfang und Zielsetzung differenzierte Praxisphasen. Diese sind individuell für die einzelnen Schülerinnen und Schüler gestaltbar und können in verschiedenen Klassenstufen durchgeführt werden. Es können zusätzliche Praktika in der unterrichtsfreien Zeit und in Ferienabschnitten ermöglicht werden. Die Praxisphasen können von den Jugendlichen auch in Einrichtungen der Pflege durchgeführt werden und eröffnen männlichen Heranwachsenden die Möglichkeit, Interesse für Pflegeberufe zu entwickeln und ihre Potenziale zu entdecken.

Schulen haben die Möglichkeit, sich im Rahmen von KooBo (Kooperative Berufsorientierung) mit dem Projekt „Boys' Day Akademie“ für die gendersensible

Auseinandersetzung von Jungen mit Pflegeberufen zu engagieren. Im Rahmen eines ganzen Schuljahres (3 Unterrichtsstunden/Woche) erhalten männliche Jugendliche durch das Projekt gezielt Einblick in gesundheits- und pflegebezogene Berufe und reflektieren gesellschaftlich verfestigte Rollenbilder.

*b) Die Arbeitsagenturen sollen spezifische Beratungsangebote für Männer, die pflegen wollen, anbieten.*

Diese Empfehlung wird befürwortet. Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass im Rahmen vom jährlich stattfindenden „Boys’ Day“ für eine Ausbildung von Jungen und jungen Männern im Berufsfeld Pflege geworben wird.

*c) Im Rahmen des Bundesfreiwilligendienstes und des Freiwilligen Sozialen Jahres ist verstärkt für die Pflegeberufe zu werben.*

Diese Empfehlung wird befürwortet.

*d) Unternehmen sollen Ansprechpersonen für Männer benennen, um diese gezielt zu beraten.*

Diese Empfehlung wird befürwortet.

*e) Es sollen männliche Praxisanleiter für Männer in der Pflege etabliert werden.*

Diese Empfehlung wird befürwortet.

*Die Enquetekommission fordert die Landesregierung dazu auf, Maßnahmen einzuleiten, die ausländische, insbesondere osteuropäische Pflegekräfte aus der Unsichtbarkeit der klassischen Sorgearbeit von Frauen herausholt und ihre Beschäftigung zu einem wichtigen pflege- und frauenpolitischen Thema macht. Weitere Ausführungen hierzu im Abschnitt 3.5.7 „Ausländische Betreuungskräfte“.*

Auf die Ausführungen in 3.5.7 wird verwiesen.

*Gendersensible Pflege muss in den Ausbildungsplan integriert werden. Insbesondere die psychologische und soziale Bedeutung der Herstellung des Geschlechtlich-Ästhetischen in der Pflege soll verstärkt in der Ausbildung vermittelt werden. In Weiterbildungen sind gender- und kultursensible Aspekte verstärkt anzubieten. Um den Theorie-Praxis-Transfer zu ermöglichen, muss die praktische Umsetzung in den Einrichtungen ermöglicht werden.*

Gendersensible Pflege ist in den derzeitigen Lehrplänen der Ausbildung in der Altenpflegehilfe und der Altenpflege implizit enthalten. Der Rahmenlehrplan für die gemeinsame Pflegeausbildung, der auf Bundesebene entwickelt wird, wird daraufhin überprüft, ggf. werden Inhalte für Baden-Württemberg ergänzt.

*a) In der Pflegepraxis soll genug Zeit für die Herstellung des Geschlechtlich-Ästhetischen sein.*

*b) In der Pflegeausbildung sollen eine biografieorientierte Herangehensweise und geschlechtersensible Pflegetechniken gelehrt werden.*

*c) Pflegetechniken, die von sexuell traumatisierten Menschen als sehr belastend oder gar retraumatisierend erlebt werden, sollen nach Möglichkeit unterlassen werden. Dies sind zum Beispiel die Verabreichung von Vaginal- und Rektalzüpfchen, rektales Fiebermessen, Darmrohre, das manuelle Ausräumen des Darmes, vaginale Untersuchungen.*

Die Altenpflegehilfe- und Altenpflegeausbildung orientiert sich schon immer an Erfahrungen, Bedürfnissen und Wünschen der älteren Menschen. Biografiebezogene Pflege ist vor allem im stationären Bereich von großer Bedeutung, um Ver-

haltensweisen zu verstehen und über angemessene pflegerische Vorgehensweisen zu beraten. Um Zufriedenheit bei der zu pflegenden Person als Qualitätsmerkmal zu erreichen, sind geschlechtersensible Pflegetechniken unabdingbar.

Die genannten Themen sind bereits jetzt Gegenstand der Ausbildung und werden auch bei der künftigen gemeinsamen Pflegeausbildung zu berücksichtigen sein.

### **3.4.2 Kultursensible Pflege**

*Der Bedarf an kultursensibler Pflege wird in den kommenden Jahren voraussichtlich stark ansteigen. Ein realistisches Szenario für die spezifische Bedarfsentwicklung an kultursensibler Pflege bedarf einer fundierten Datenlage. Daher sollte die Forschung zu diesem Thema verstärkt werden.*

*a) Die Enquetekommission empfiehlt, den Gesundheitszustand und den pflegerischen Bedarf von Menschen mit Migrationshintergrund sowie das pflegerische Umfeld unter Migrantinnen und Migranten verstärkt zu berücksichtigen.*

Die Landesregierung begrüßt diese Empfehlung.

*b) Es sollen nutzerorientierte pflegerische Angebote geschaffen werden, die zu Menschen mit Migrationshintergrund und den entsprechenden Bedürfnissen passen. Für die Akzeptanz und Inanspruchnahme dieser Angebote ist es wichtig, dass die Nutzerinnen und Nutzer befragt und in die Konzeptentwicklung einbezogen werden. Bereits bestehende Pflegeangebote sollten hinsichtlich verschiedener Kulturen sensibilisiert werden.*

Über das „Innovationsprogramm Pflege“ wurden und werden weiterhin Projekte mit Leuchtturmcharakter gefördert, die weitestgehend aus den Bedürfnissen der Menschen mit Migrationshintergrund und ihrem Umfeld kommen. Die gelungene Förderung der interkulturellen Öffnung eines (bestehenden) Pflegedienstes in Ulm wird mit ihrem modellhaften Charakter in die Öffentlichkeit getragen (z. B. als Partner auf der Landesgartenschau 2016 in Öhringen). Die kultursensible Pflege wird auch in Zukunft ein Förderschwerpunkt des „Innovationsprogramms Pflege“ bleiben.

*c) Tagespflegeeinrichtungen sind dazu aufgerufen, ein bedarfsgerechtes Angebot im Bereich der Tagespflege einzurichten, das auch zielgruppenrelevante Sprachen umfasst.*

Die Landesregierung wird sich weiter dafür einsetzen, dass ein bedarfsgerechtes Angebot im Bereich der Tagespflege geschaffen wird.

*d) Die „Interkulturelle Öffnung“ soll in kommunalen Gesundheitskonferenzen und Pflegenetzwerken kontinuierlich thematisiert werden.*

Die Landesregierung begrüßt diese Empfehlung.

*e) Das bestehende Angebot von kultursensiblen ambulanten Pflegediensten ist auszubauen.*

Die Landesregierung will eine individuelle und den Bedürfnissen der Betroffenen angepasste Pflege. Jeder Mensch muss auch im Alter seine Persönlichkeit frei leben können und volle gesellschaftliche Achtung erfahren – unabhängig von einem Migrationshintergrund. Im Gegensatz zu früher nehmen heute ältere Migrantinnen und Migranten häufiger Hilfe ambulanter Pflegedienste in Anspruch oder leben in Pflegeeinrichtungen. Daher unterstützt die Landesregierung über das „Innovationsprogramm Pflege“ bereits modellhaft unterschiedliche Ansätze, wie die interkulturelle Öffnung eines Pflegedienstes, oder das Projekt „Gesund und bunt – kultursensible Pflegeüberleitung“.

Die kultursensible Pflege wird auch in Zukunft ein Förderschwerpunkt des „Innovationsprogramms Pflege“ bleiben.



*Eine interkulturelle Öffnung der Altenhilfe ist einzufordern und zu unterstützen. Dazu gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen:*

*a) Die Enquetekommission Pflege empfiehlt der Landesregierung und den Krankenkassen, zielgruppenorientierte Informationsangebote über Rechtsansprüche und Antragsverfahren im Zusammenhang mit Pflegeleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund zu entwickeln.*

Diese Empfehlung wird geteilt.

*b) Soweit möglich sollen Maßnahmen sowohl muttersprachliche als auch kulturspezifische Angebote beinhalten. Beratung muss verstärkt bei Öffentlichkeitsveranstaltungen wie in den Moscheen, in den Kulturvereinen und den Migrantengemeinden erfolgen, damit dort über die Grundsätze der Pflegeversicherung, Leistungsansprüche und Pflegeangebote aufgeklärt werden kann. Weiter soll eine umfassende Dolmetscher-Datenbank eingerichtet werden. Diese Aufgaben können in die bestehende Beratungsstruktur (z. B. Pflegestützpunkte) integriert werden.*

Die Empfehlung, dass Beratung verstärkt bei Öffentlichkeitsveranstaltungen wie in den Moscheen, in den Kulturvereinen und den Migrantengemeinden erfolgen muss, damit dort über die Grundsätze der Pflegeversicherung, Leistungsansprüche und Pflegeangebote aufgeklärt werden kann, wird geteilt. Der Aufbau einer Dolmetscher-Datenbank und die Ausgestaltung der Aufgaben der Pflegestützpunkte nicht ohne die Beteiligung weiterer Partner erfolgen.

*c) Die Enquetekommission empfiehlt den Betreibern der Pflegestützpunkte, die Beratung zu interreligiösen und interkulturellen Angeboten und Aspekten auszubauen.*

*d) Pflegestützpunkte sollen eine muttersprachliche Beratung anbieten. Dies kann beispielsweise durch Broschüren, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, bürgerschaftlich Engagierte oder Dolmetscherinnen bzw. Dolmetschern ermöglicht werden.*

*e) Anerkannte Personen in der jeweiligen Gemeinschaft können wichtige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner im Sinne von Türöffnern sein. Da Ärztinnen und Ärzte meist ein gutes Ansehen haben, können diese eine bedeutendere Rolle beim Zugang zu Familien mit Migrationshintergrund bekommen und beispielsweise schon bei der Diagnosestellung auf bestehende Pflege- und Beratungsangebote verweisen. Die Ärztekammern sollen deshalb entsprechende Fortbildungsprogramme und Initiativen anbieten. Ebenso sollen anerkannte Personen innerhalb des jeweiligen Migrantenumfelds verstärkt als Mittler gewonnen werden. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Vermittlung der Grundsätze der Pflegeversicherung.*

*f) Den Einrichtungen und ambulanten Diensten wird empfohlen, bei der Personalgewinnung ein Augenmerk auf die Sprachkenntnisse zu richten, um Mehrsprachigkeit in den Einrichtungen und bei der Pflege zu ermöglichen.*

*g) Migrantenorganisationen und Einrichtungen der Altenhilfe sind besser zu verzahnen.*

*h) Innerhalb der Migrantenumfelds soll verstärkt Werbung für das Berufsfeld Altenpflege stattfinden.*

*i) Die Enquetekommission empfiehlt den Krankenkassen, ihre MDK-Gutachter hinsichtlich der Reaktionsweisen auf Antragstellerinnen und Antragsteller unterschiedlicher Herkunft und sozialer Lage zu schulen.*

Die Empfehlungen hinsichtlich weiterer Berufsgruppen sind zu unterstützen. Hier setzt die Landesregierung auf Öffentlichkeitsarbeit.

Durch eine aktive Öffentlichkeitsarbeit unterstützt das Sozialministerium laufend eine sektorenübergreifende Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen auch für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte.

Nach dem 2014 in Mannheim durchgeführten Infotag zur kultursensiblen Pflege wurde das Thema und seine Umsetzung 2016 auf der Landesgartenschau in Öhringen wieder aufgegriffen. Es wurde einer breiten Öffentlichkeit präsentiert, wie und wo Fördergelder des Landes bereits gut und nachhaltig eingesetzt werden konnten, um die Beteiligten zu unterstützen.

In dem Bereich Berufe hat das Sozialministerium zusammen mit dem Kultusministerium einen Flyer „Chance für Menschen mit Migrationshintergrund“ aufgelegt, der speziell Migrantinnen und Migranten mit geringen Deutschkenntnissen über die Möglichkeit einer Ausbildung zur Altenpflegehelferin/zum Altenpflegehelfer informiert.

*Pflege soll die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund, von behinderten Menschen mit Pflegebedarf und von gleichgeschlechtlich liebenden Menschen mit Pflegebedarf wahrnehmen und berücksichtigen. Die Enquetekommission nimmt daher folgende Handlungsempfehlungen vor:*

*a) Um individuellen Besonderheiten und Bedürfnissen gerecht werden zu können, benötigt die professionelle Pflegepraxis ausreichend Zeit.*

Diese Empfehlung wird von der Landesregierung geteilt.

*b) Die Enquetekommission empfiehlt der institutionellen Beratung in der Altenhilfe, sich mit Migrantenorganisationen zu vernetzen.*

Die Landesregierung befürwortet die Vernetzung mit Migrantenorganisationen in der institutionellen Beratung in der Altenhilfe.

*c) Die Enquetekommission erachtet insbesondere eine stärkere Vernetzung der Gesundheitssysteme in Deutschland und den Herkunftsländern, insbesondere der Türkei, als sinnvoll.*

Die Vernetzung der Gesundheitssysteme ist wünschenswert, aber in der Praxis nach Kenntnisstand der Landesregierung noch nicht etabliert.

*d) Bei der Personalakquise in Pflegeeinrichtungen und Pflegestützpunkten soll auf Mehrsprachigkeit geachtet werden.*

*e) Einrichtungen sollen mehr Personal mit Migrationshintergrund beschäftigen und bestehendes Personal für kultur- und religionssensible Pflege ausbilden. Dadurch entsteht die Möglichkeit, muttersprachliche Pflege durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, bürgerschaftlich Engagierte oder Dolmetscherinnen und Dolmetscher anzubieten.*

*f) Religions- und kultursensible Pflege soll in das Leitbild der Einrichtungen des Gesundheitswesens aufgenommen werden.*

*g) Träger und Einrichtungen sollen verstärkt Konzepte zur Förderung von Vielfaltigkeit in der Pflege erarbeiten und vorhandene Konzepte auf einzelne Einrichtungen und die Bereiche des Gesundheitswesens anpassen.*

*h) Bei der Entwicklung von Einrichtungskonzepten oder Pflegestandards sollen die in den Gesundheitsberufen tätigen Menschen mit Migrationshintergrund in die Überlegungen zur kultursensiblen Pflege einbezogen werden.*

Die Landesregierung begrüßt diese Empfehlungen. Die Umsetzung ist aber nur möglich, wenn die Einrichtungen bzw. Einrichtungsträger sich dies zu eigen machen.

- i) Einrichtungen des Gesundheitswesens sollen die Öffnung für interkulturelle Konzepte aktiv bewerben und diese anwenden.*

Die Öffnung von Einrichtungen des Gesundheitswesens für interkulturelle Konzepte wird befürwortet. Die Patientinnen und Patienten sollen bedarfsgerecht versorgt werden, was ohne Wissen über kulturelle Bedürfnisse nicht immer möglich ist. Auch Wissen über das Gesundheitssystem und Transparenz zu Behandlungsabläufen durch einfache Sprache und/oder Übersetzungen gehört zu einer qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung aller Menschen im Land. Ergänzend wird auf die Ausführungen zu Beginn von 3.4.2 hingewiesen.

- j) Das individuelle Geschlechts- und Sexualempfinden ist Teil der Persönlichkeit. Um diesem Bereich auch in der Pflege Rechnung zu tragen, wird der Landesregierung empfohlen, gemeinsam mit dem Netzwerk LSBTTIQ Baden-Württemberg Maßnahmen zu erörtern und im Pflegebereich einzuleiten.*

Die Landesregierung teilt die Empfehlung. Sie fördert auch bereits ein entsprechendes Projekt. Projektträger ist der Verein Psychologische Lesben- und Schwulenberatung Rhein-Neckar e. V. (PLUS), der Mitglied im Landesnetzwerk LSBTTIQ ist. Das Projekt soll die Selbstbestimmung von lesbischen, schwulen, bisexuellen, transsexuellen, transgendern, intersexuellen und queeren Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe fördern und dabei auch die Situation von lesbischen, schwulen, bisexuellen, transsexuellen, transgendern, intersexuellen und queeren Beschäftigten in der Behindertenhilfe verbessern.

*In der Altenpflege stehen wir vor der paradoxen Situation, dass auf der einen Seite sehr viele Pflegende mit Migrationshintergrund willkommen und tätig sind, auf der anderen Seite Menschen mit Pflegebedürftigkeit aber mit ihren kulturellen Unterschieden zu wenig berücksichtigt werden. Die Enquetekommission erachtet es daher als notwendig, zukünftig interkulturelle und interreligiöse Aspekte in der Pflegeaus- und -weiterbildung vermehrt zu berücksichtigen.*

- a) Die Enquetekommission empfiehlt, die Einbindung von interkulturellen und interreligiösen Aspekten in die Curricula der Ausbildung von Pflegekräften und Pflegehilfskräften.*

Aus Sicht der Landesregierung sollte dies auch Inhalt der gemeinsamen Ausbildung werden, was bereits zum heutigen Zeitpunkt Inhalt der drei getrennten Ausbildungen ist. Viele Aspekte interkultureller und interreligiöser Pflege sind in den Lehrplänen der Berufsfachschule für Altenpflege(-hilfe) auch heute schon enthalten, z. B. in den Lehrplänen Religionslehre/Religionspädagogik und den Handlungsfeldern 1, 2 und 4.

Das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend herausgegebene „Handbuch für eine kultursensible Altenpflege“ bietet Material zur Unterrichtsgestaltung an und stellt Bezüge zum Rahmenlehrplan her.

- b) Weiter sollen Fort- und Weiterbildungen für kultursensible und diversitätsfreundliche Pflege generiert und angeboten werden.*

Es wird befürwortet, dass die Pflegekräfte für diese Aspekte im Alltag sensibilisiert werden.

### **3.4.3 Menschen mit demenzieller Erkrankung**

- a) *Ein meritorischer Würdebegriff ist zu überwinden. In allen öffentlichen Publikationen soll Wert darauf gelegt werden, dass die Würde mit dem Menschsein untrennbar verbunden ist.*
- b) *Außenstehende sollen die Würde eines Menschen nicht bewerten.*
- c) *Die Informationskampagnen (z. B. Demenzkampagne) sollen fortgeführt werden.*

Die Landesregierung geht davon aus, dass der Mensch sich nicht allein durch seine kognitiven Fähigkeiten, sondern ebenso durch seine emotionalen, kommunikativen und körperlichen Fähigkeiten auszeichnet. Sie sieht die Würde eines Menschen als untrennbar verbunden mit dem Menschsein an sich. Sie geht davon aus, dass sich die Stärke einer Gesellschaft an ihrem Umgang mit den Schwachen und einer Unterstützung bedürftigen Menschen zeigt. Daher sieht sie die angesprochenen Maßnahmen als sehr wichtig an.

- d) *Demütigungen von Menschen mit Demenz im Pflegealltag – beispielsweise in Form von Gleichgültigkeit, Misshandlungen, Sedierungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen – soll vorgebeugt werden. Dies kann durch Wissensvermittlung in der Ausbildung, durch das Management und die Grundhaltungen der gesamten Gesellschaft geschehen.*

Die Empfehlung wird geteilt. Bezüglich der Ausbildung wird angemerkt, dass die benannten Inhalte derzeit schon Schwerpunkte der Altenpflege(hilfe)ausbildung und auch prüfungsrelevant sind. Möglichkeiten (pflegewissenschaftliche Konzepte) im Umgang mit dementen Personen sind thematisiert, physiologische und pharmakologische Grundlagen sind gelegt, rechtliche Aspekte freiheitsentziehender Maßnahmen und v. a. mögliche Alternativen haben die Auszubildenden gelernt. Die Umsetzung vor Ort wird in den mindestens zwei Praxisbesuchen pro Schuljahr von den Fachlehrkräften beurteilt. Das Land wird prüfen, ob diese Inhalte auch im Rahmenplan der gemeinsamen Ausbildung enthalten sind.

- e) *Der Umgang mit herausforderndem Verhalten soll in der Ausbildung von Pflegekräften stärker berücksichtigt werden. Beispielsweise können die Verweigerung von Nahrung oder aggressive Verhaltensweisen durch Reflexion der Widerstandsgründe und durch spezifische Interaktionsformen oftmals aufgelöst werden.*

Sofern dies bei der gemeinsamen Pflegeausbildung auf Bundesebene nicht ausreichend berücksichtigt wird, können diese Ausbildungsinhalte im Rahmenlehrplan auf Landesebene ergänzt werden.

- f) *Schulungen insbesondere für den Umgang mit und die Pflege von Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit sollen angeboten und beworben werden.*

Diese Empfehlung wird begrüßt. Die Landesregierung wird im „Innovationsprogramm Pflege“ im Jahr 2017 der Unterstützung der Pflegenden einen hohen Stellenwert einräumen und entsprechende Projekte und Maßnahmen fördern.

- g) *Es sollen Informationsmaterialien entwickelt werden, die nicht die Erkrankung selbst, sondern die Bedeutung der Teilhabe für Menschen mit Demenz in den Vordergrund stellen.*
- h) *Die Enquetekommission begrüßt die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die darin berücksichtigte Orientierung am vorhandenen Unterstützungsbedarf, der über körperliche Einschränkungen hinausgeht.*
- i) *Die Enquetekommission sieht insbesondere im Bereich der Akutpflege den Bedarf, Konzepte zu entwickeln, die besser auf die Bedürfnisse und Anforderungen*

*gen von Menschen mit demenzieller Erkrankung eingehen. Dazu muss der Aufbau und Einsatz von entsprechenden Pflegekompetenzen ermöglicht werden (hierzu auch Abschnitt 3.2.3 „Krankenhaus“ und Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“).*

Die Empfehlungen werden von der Landesregierung geteilt.

- j) Die Enquetekommission empfiehlt, einen gesellschaftlichen, politischen, ethischen Diskurs zu führen und dabei zu prüfen, in welchem Rahmen der Einsatz von technischen Unterstützungssystemen die Teilhabe von Menschen mit Demenz fördern kann.*

Die Landesregierung sieht in dem Einsatz technologischer Assistenzsysteme ein großes Potenzial, die Anforderungen von Unterstützung, Betreuung und Pflege zu bewältigen. Sie hält es aber auch für unabdingbar, einen gesellschaftlichen, politischen und ethischen Diskurs über den Nutzen des Einsatzes dieser Unterstützungssysteme insbesondere bei Menschen mit Demenz zu führen.

Mit der Förderung von Projekten der Erprobung verschiedener Systeme, auch von GPS-Ortung, im Alltag generiert das Sozialministerium konkrete Erfahrungen und wird die Ergebnisse der Öffentlichkeit zur Verfügung stellen.

- k) Um die Versorgung von Menschen mit Demenz entsprechend der angeführten Zielsetzungen zu ermöglichen, muss die Finanzierung von Pflegeleistungen angepasst werden (hierzu auch Kapitel 3.8 „Generationengerechte Finanzierung“).*

Auf die Ausführungen zu 3.8 wird verwiesen.

- l) Die Landesregierung wird aufgefordert, sich bei den Pflegeversicherungen für den Aufbau einer Koordinationsfunktion zwischen professioneller, familiärer und ehrenamtlicher Begleitung für demenziell Erkrankte auf kommunaler Ebene einzusetzen.*

Die Landesregierung hat sich hierzu in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege stark eingebracht. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe wurden aber nicht im entsprechenden Umfang umgesetzt.

- m) Die Landesregierung wird aufgefordert, ein Förderprogramm zur Erforschung und Verbesserung der Versorgung und Präventionsarbeit für Menschen mit Demenzerkrankungen zu entwickeln und aufzulegen.*

Die Landesregierung prüft die Vergabe von Forschungsprojekten und bezieht solche Vorschläge in dem durch Landesmittel geförderten „Innovationsprogramm Pflege“ mit ein.

- n) Rehabilitationseinrichtungen sollen Konzepte erarbeiten, um sich zukünftig gezielt auf Menschen mit demenzieller Erkrankungen einstellen zu können. Darüber hinaus sollten spezielle Rehabilitationsangebote für Menschen mit Demenz erarbeitet und refinanziert werden.*

Diese Empfehlung wird begrüßt.

*Für die Lebensqualität von Demenzkranken ist die Erhaltung von Bezogenheit zur Lebenswelt von zentraler Bedeutung. Die Sorge und Unterstützung demenzkranker Menschen sollte daher teilhabeorientiert sein.*

- a) Es ist ein umfassender Sorgebegriff notwendig, der die Mitverantwortung sozialer Netzwerke betont. Dieser Sorgebegriff soll die Rahmenbedingungen für alle rehabilitativen und pflegerischen Bemühungen bilden. Die Begleitung und Versorgung wird nicht allein durch professionelle Pflegekräfte zu bewerkstelligen sein, es bedarf daher einer stärkeren Aktivierung sozialer Netzwerke. Die-*

*ses Netzwerk beinhaltet Familien, die Nachbarschaft, Freunde, Vereine und Kirchengemeinden, die ihrerseits eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von Demenzkranken ermöglichen. Zudem muss die Eigenverantwortung der Angehörigen von Demenzkranken sowie die der Kommunen gesteigert werden.*

- b) Elemente der Teilhabeförderung und Teilhabestärkung sollen – ähnlich wie in der Behindertenhilfe – in der Pflege vermehrt Anwendung finden.*
- c) Bestehende Fähigkeiten und Ressourcen von demenzkranken Menschen sollen in der Pflege erkannt und systematisch stimuliert werden.*
- d) Die Enquetekommission appelliert an die Gesellschaft, im bürgerschaftlichen Engagement ihr Teilhabeversprechen einzulösen.*
- e) Wohnortnahe Beratungsangebote und eine durch den Hilfemix aus fachlicher, familiärer und bürgerschaftlicher Unterstützung mögliche Infrastruktur sollen auf kommunaler Ebene weiter gefördert werden.*
- f) Die Erkenntnisse aus dem Programm „Demenzfreundliche Kommune“ sollen landesweit kommuniziert werden.*
- g) Die Enquetekommission regt an, eine Flexibilisierung des Leistungsrechts der Pflegeversicherung herbeizuführen, um neuartige Versorgungsformen im Hilfemix möglich zu machen.*

Die Landesregierung begrüßt diese Empfehlungen.

*Die fachliche Begleitung und Beratung von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen soll sichergestellt werden. Die Enquetekommission gibt daher folgende Handlungsempfehlungen ab:*

- a) Case-Management, welches auf der Begleitung von Menschen mit Pflegebedarf zusammen mit ihren Angehörigen basiert, soll ausgebaut werden. Die Federführung bei diesem Ausbau ist vor Ort und kleinräumig anzusiedeln. Ebenso ist das Angebot an Selbsthilfegruppen und fachlicher Beratung flächendeckend auszubauen.*

Auf die Ausführungen zu 3.3.2 und 3.3.3 – Belastung pflegender Angehöriger g) wird verwiesen.

- b) Modelle wie der „Präventive Hausbesuch“ und „PräSenZ – Prävention für Senioren zu Hause“ sollen weiter verfolgt werden. Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, ausgehend von diesen Modellprojekten eine landesweite Struktur zugehender Beratung anzustoßen.*

Auf die Ausführungen zu 3.2.1.4 wird verwiesen.

- c) Die Alzheimergesellschaft und andere Vereinigungen der Selbsthilfe für Menschen mit chronischen Erkrankungen sollen bei der Regionalisierung ihrer Tätigkeit unterstützt werden.*

Die Alzheimergesellschaft sowie andere Vereinigungen der Selbsthilfe für Menschen mit chronischen Erkrankungen werden seit vielen Jahren vom Land Baden-Württemberg unterstützt. Dabei geht es insbesondere bei der Alzheimergesellschaft um die Förderung der landesweiten Beratungs- und Vermittlungsagentur für den Auf- und Ausbau der Betreuungsgruppen für Demenzkranke. Als weiteres Beispiel kann die Rheuma-Liga Baden-Württemberg genannt werden, die landesweit örtliche Strukturen unterhält und hierbei vom Land unterstützt wird.

*d) Die Enquetekommission empfiehlt den Kranken- und Pflegekassen, ggf. in Kooperation mit Einrichtungen und weiteren Gesundheitsdienstleistern, Familienangehörigen spezifische Schulungen für den richtigen Umgang mit demenziell erkrankten Menschen anzubieten.*

Diese Empfehlung wird begrüßt.

*e) Angebote der Familienbildung sollen auch die Bedürfnisse pflegender Angehöriger aufgreifen und entsprechende Kurse anbieten. Darüber hinaus empfiehlt die Enquetekommission den Aufbau eines Familienbegleitprogramms für pflegende Familienangehörige demenziell erkrankter Menschen.*

Diese Empfehlung wird begrüßt.

*f) Kommunen, Kranken- und Pflegekassen sollen Pflegestützpunkte weiter ausbauen.*

Auf die Ausführungen zu 3.3.2 wird verwiesen.

*g) Bei den in Kapitel „Familiäre Pflege“ vorgesehenen Handlungsempfehlungen soll ein besonderes Augenmerk auf pflegende Familienangehörige demenziell Erkrankter gelegt werden, vor allem zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote gegen psychische und physische Belastung für diese Gruppe sollen verbessert werden.*

Diese Empfehlung wird geteilt.

*Um die vorhandenen Präventionspotenziale in Bezug auf Demenz zukünftig besser zu nutzen, ist eine differenzierte Auseinandersetzung mit den verschiedenen Formen der Demenz und den entsprechenden Präventionspotenzialen notwendig. Die Enquetekommission nimmt hierzu folgende Handlungsempfehlungen vor:*

*a) Die Bevölkerung soll verstärkt über die vorhandenen Präventionspotenziale aufgeklärt werden. Dabei soll z. B. durch Informationskampagnen über die Potenziale der Prävention und die Relevanz von Lebensstilen im Hinblick auf die Entstehung von demenziellen Erkrankungen aufgeklärt werden.*

Die Aufklärung der Bevölkerung über Präventionspotenziale durch Informationskampagnen und die Relevanz von Lebensstilen ist aus Sicht der Gesundheitsförderung und Prävention als alleinige Maßnahme nicht zielführend. Damit erreicht man in der Regel keine Veränderungen des Lebensstils. Vielmehr ist es notwendig, in den Lebenswelten nachhaltige gesundheitsförderliche Strukturen zu schaffen. Eine Lebenswelt von besonderer Bedeutung ist dabei die Kommune (auch der Stadtteil oder das Quartier) weil sie beispielsweise andere Lebenswelten (Schule, Kita) und Einrichtungen (wie Pflegeeinrichtungen) oder Betriebe umfasst.

Wichtig sind in diesem Zusammenhang auch die Einbeziehung der Bevölkerung (Beteiligung im Dialog, Partizipation) und der Gesundheits- und Sozialberichterstattung um bedarfsgerechte Maßnahmen zur kommunalen Gesundheitsförderung zu entwickeln. Die Bündelung und Steuerung kann durch die in den Stadt- und Landkreisen gesetzlich verankerten Kommunalen Gesundheitskonferenzen erfolgen.

Zukünftig werden landesweite Strategien und Programme im Landesausschuss Gesundheitsförderung und Prävention beraten. Insbesondere für das Ziel Gesund im Alter können dort auch Präventionspotenziale im Hinblick auf die Entstehung demenzieller Erkrankungen einbezogen werden.

*b) Im Bereich der Heilerziehungspflege bzw. der Behindertenhilfe soll im Hinblick auf das erhöhte Risiko von Menschen mit einer geistigen Behinderung, an Demenz zu erkranken, sensibilisiert werden, damit Präventions- und Rehabilitationsmöglichkeiten ausgeschöpft werden können. Einrichtungen der Behindertenhilfe sollen entsprechend verstärkt präventive Maßnahmen im Bereich der Heilerziehungspflege bzw. der Behindertenhilfe durchführen.*

Die Landesregierung ist der Auffassung, dass zunächst zu prüfen ist, ob und inwiefern geeignete Projekte gefördert werden könnten, sofern hierfür die entsprechenden finanziellen Rahmenbedingungen geschaffen sind.

Unabhängig davon, ob es tatsächlich zutrifft, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung ein erhöhtes Risiko, an Demenz zu erkranken, haben, ist das Thema Demenz bereits jetzt Gegenstand der Ausbildung in der Heilerziehungspflege und Behindertenhilfe.

*c) Die Enquetekommission empfiehlt, Präventionsangebote in Bezug auf Demenz auszubauen. Insbesondere sollen Maßnahmen der tertiären Prävention gestärkt werden. Hierbei können individuelle Aktivierung, gezielte Medikation und weitere Maßnahmen von professionell Pflegenden, Ärzten und anderen Akteuren des Hilfesystems zur Anwendung kommen (hierzu auch Abschnitt 3.2.1 „Prävention“).*

Auf die Ausführungen zu 3.2.1 wird verwiesen.

*Die Enquetekommission sieht den Bedarf, professionell Pflegende bei der Pflege demenziell erkrankter Menschen besonders zu unterstützen, und gibt daher folgende Handlungsempfehlungen ab:*

*a) Das Personal in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen muss für diese Herausforderungen besser vorbereitet werden. Demenz muss stärker in die Ausbildungs-, Studien- und Weiterbildungspläne integriert werden.*

Die benannten Inhalte sind derzeit Schwerpunkte der Ausbildung in der Altenpflegehilfe sowie Altenpflege und auch prüfungsrelevant. Möglichkeiten (pflegewissenschaftliche Konzepte) im Umgang mit dementen Personen sind thematisiert, physiologische und pharmakologische Grundlagen sind gelegt, rechtliche Aspekte freiheitsentziehender Maßnahmen und v. a. mögliche Alternativen haben die Auszubildenden gelernt. Die Umsetzung vor Ort wird in den mindestens zwei Praxisbesuchen pro Schuljahr von den Fachlehrkräften beurteilt.

Das Land wird prüfen, ob und in welchem Umfang diese Inhalte auch im Rahmenplan der gemeinsamen Ausbildung enthalten sind.

*b) Es müssen Voraussetzungen geschaffen werden, damit auch zukünftig genügend Fachpersonal zur Versorgung bereitsteht. Die Enquetekommission empfiehlt, die Aus- und Weiterbildung von spezialisiertem Personal für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz auszubauen, damit ausreichend Personal mit spezifischem Fachwissen in allen Einrichtungen der Pflege zur Verfügung steht.*

Zurzeit besteht die Möglichkeit die zweijährige „Fachschule für Weiterbildung in der Pflege in Teilzeitform mit Zusatzqualifikation Fachhochschulreife, Schwerpunkt Gerontopsychiatrie“ zu besuchen, um Pflegefachkräfte gezielt berufsbegleitend gerontopsychiatrisch weiterzubilden und die erweiterten Kompetenzen über die mittlere Führungsebene in das Pflegeteam einzubringen.

*c) Die Enquetekommission empfiehlt, Weiterbildungen zum Thema „Pflege bei dementiellen Erkrankungen“ zu konzipieren.*

An den öffentlichen Berufsfachschulen für Altenpflege(hilfe) werden regelmäßig regional von den Regierungspräsidien als auch zentral durch die Landesakademie für Lehrerfortbildung und Personalentwicklung in Esslingen dieser Themenbe-



reich für die Lehrkräfte angeboten. So stand im März 2016 das Thema „Gelingende Kommunikation in der Pflege“ auf dem Programm. Gemeinsam mit dem gerontologischen Institut Heidelberg wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in ein Trainingsprogramm eingeführt, das die verbesserte Kommunikation der Pflegekräfte mit dementen Personen im Fokus hatte. Über die Lehrkräfte als Multiplikatoren sollen möglichst viele Auszubildende erreicht, sensibilisiert und geschult werden. Regional wurde im April 2016 die Fortbildung „Lebensqualität bei Demenz: Erfassung und Förderung in Theorie und Praxis“ angeboten.

Es gibt bereits eine Weiterbildung „Gerontopsychiatrie“, die altersbedingte psychiatrische Veränderungen und Erkrankungen zum Inhalt hat. Eine Weiterbildung, die nur dementielle Erkrankungen zum Gegenstand hat, wird nicht für sinnvoll erachtet.

*Um die Diagnostik im Bereich der Demenz zu verbessern, gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen:*

*a) Im Rahmen der Diagnostik von Demenz soll eine fachärztliche Differentialdiagnostik durchgeführt werden, damit zunächst abgeklärt werden kann, ob – und wenn ja, welche Form der Demenz vorliegt. Anschließend kann dann mit entsprechenden Maßnahmen auf die spezifische Form der Demenz eingegangen werden.*

Zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung können nach §118a SGB V künftig Geriatrische Institutsambulanzen bei Krankenhäusern eingerichtet werden. Geriatrische Institutsambulanzen haben die Aufgabe, multikausal bedingte geriatrische Syndrome und komplexe Krankheitskonstellationen abzuklären. Hierzu zählt auch die Diagnostik von Demenzerkrankungen. Die Ärzte der Geriatrischen Institutsambulanz führen ein umfassendes geriatrisches Assessment sowie syndrombezogene geriatrische Untersuchungen durch und geben eine prognostische Einschätzung ab. Anschließend erstellen sie einen Therapieplan für den weiterbehandelnden Vertragsarzt. Die Durchführung der Therapiemaßnahmen obliegt dem weiterbehandelnden beziehungsweise überweisenden Vertragsarzt.

*b) Es ist dringend notwendig, dass eine gerontopsychiatrische und gerontoneurologische Expertise, beispielsweise durch kontinuierliche ärztliche Besuchsdienste in stationären Einrichtungen, hinzugezogen wird. Diese soll dann die entsprechende pharmakotherapeutische Therapie sowie die Planung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen übernehmen. Hierzu müssen die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen und refinanziert werden.*

Die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen wird vorwiegend von Hausärztinnen und Hausärzten und fallweise durch Fachärztinnen und Fachärzte wahrgenommen.

Die Handlungsempfehlung wird dahingehend interpretiert, dass Hausärztinnen und Hausärzte, die Besuchsdienste in stationären Pflegeeinrichtungen wahrnehmen, im Rahmen der Demenzdiagnostik eine gerontopsychiatrische und gerontoneurologische Expertise hinzuzuziehen sollen.

Hausbesuche von Fachärztinnen und Fachärzten mit der Qualifikation für Gerontopsychiatrie bzw. Gerontoneurologie in Pflegeheimen finden nur in Einzelfällen statt. Die liegt u. a. daran, dass nicht genügend Ärztinnen und Ärzte mit entsprechender Qualifikation zur ambulanten ärztlichen Versorgung zugelassen sind. Die Bedarfsplanungsrichtlinie bzw. der Bedarfsplan für Baden-Württemberg differenzieren zwischen Facharztgruppen. Ärztinnen und Ärzte, die der Fachgruppe der Nervenärztinnen und Nervenärzte (Ärztinnen und Ärzte für Neurologie und Psychiatrie) angehören, können durch spezielle Weiterbildungen eine Qualifikation für Gerontopsychiatrie bzw. Gerontoneurologie erwerben. Für diese Fachbereiche existiert in der Bedarfsplanung jedoch keine eigenständige ärztliche Facharztgruppe. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) kann weder eine oder einen bereits niedergelassenen Ärztin oder Arzt zur Weiterbildung in diesem Bereich verpflichten, noch mit Mitteln der Bedarfsplanung darauf hinwirken, dass ein Arzt mit dieser Zusatzqualifikation zugelassen wird.

Dies bedeutet jedoch nicht, dass die geriatrischen Patientinnen und Patienten unversorgt bleiben, da die oder der behandelnde Hausärztin oder Hausarzt die Patientin oder den Patienten (z. B. zur diagnostischen Abklärung) zu einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie mit entsprechender Zusatzqualifikation oder in eine Gerontopsychiatrische Institutsambulanz überweisen kann.

In diesem Zusammenhang ist auch auf die Geriatrische Institutsambulanz [s. Ziffer 3.4.3 Handlungsempfehlung a)] hinzuweisen. Die Ärztinnen oder Ärzte der Geriatrischen Institutsambulanz führen ein umfassendes geriatrisches Assessment sowie syndrombezogene geriatrische Untersuchungen durch und geben eine prognostische Einschätzung ab. Anschließend erstellen sie einen Therapieplan für die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt. Hierzu gehört auch die Planung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Um Ärztinnen und Ärzte in der Praxis in wissenschaftlichen Fragen der Arzneimitteltherapie zu unterstützen, bietet die Abteilung Klinische Pharmakologie am Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie des Universitätsklinikums Tübingen in Kooperation mit der KVBW einen Pharmakotherapie-Beratungsdienst an. Über die Kooperation mit der Uniklinik Tübingen hinaus bietet die KVBW selbst eine Beratung rund um die Verordnung von Arzneimitteln zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherungen an. Die Diskussion über die Verordnungsfähigkeit der Arzneimittel beinhaltet häufig auch, zu klären, inwieweit das jeweilige Arzneimittel für den zu versorgenden Patienten überhaupt geeignet ist.

Im Übrigen gehöre es zum Selbstverständnis des Arztberufes, Risiken und Nebenwirkungen jedweder Pharmakotherapie zu bewerten, mit der Patientin oder dem Patienten zu besprechen und ggf. eine Umstellung des Medikamentenplans vorzunehmen. Insbesondere nach Krankenhausentlassungen seien die Therapieempfehlungen der Krankenhausärztin oder des Krankenhausarztes kritisch zu prüfen und ggf. in Kenntnis der häuslichen Medikation abzuändern.

*c) Die Enquetekommission empfiehlt die Sensibilisierung der Angehörigen durch Informationen über die Gründe und die Notwendigkeit der Differentialdiagnostik bei Demenz. Hierzu können beispielsweise Kranken- und Pflegekassen, die Ärzteschaft oder die Alzheimer Gesellschaft entsprechende Angebote bereitstellen.*

Der Umgang mit älteren Patientinnen und Patienten und Demenzkranken bedeutet eine große Herausforderung und verlangt nicht nur Angehörigen, sondern auch dem gesamten Praxisteam besondere Fähigkeiten ab. Die KVBW führt daher Seminare für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hausärztlicher Praxen durch. Ziel der Seminare ist es, das Personal im professionellen Umgang mit älteren Patientinnen und Patienten und Demenzkranken in der Praxis zu unterstützen.

Darüber hinaus erstellt die KVBW spezielle Patientenmitteilungen in Form von Flyern, Plakaten und Informationsmaterialien für ihr Wartezimmer oder Patientengespräche, die der Öffentlichkeit auch über das Internetangebot der KVBW bekannt gemacht werden. Das Sozialministerium wird gegenüber der KVBW anregen, über spezielle Patientenmitteilungen die Bürgerinnen und Bürger über die Diagnose und Behandlung von Demenzerkrankungen zu informieren.

#### **3.4.4 Menschen mit Behinderung**

*a) Die Enquetekommission empfiehlt, die besonderen Bedürfnisse von Familien mit Kindern mit schweren und Mehrfachbehinderungen stärker in das Bündnis der Landesregierung mit den Kommunalen Spitzenverbänden zu integrieren. Die landesrechtlichen Vorschriften müssen an die Bedarfslage behinderter pflegebedürftiger Kinder angepasst werden.*

Das Anliegen ist grundsätzlich zu unterstützen. Plätze in Schulkindergärten, die in besonderer Weise auch auf schweremehrfachbehinderte Kinder eingestellt sind, stehen erst ab dem 3. Lebensjahr (für Kinder mit einer Körperbehinderung ab dem 2. Lebensjahr) zur Verfügung.

*b) Das außerfamiliäre Betreuungsangebot für Kinder mit hohem Assistenz- und Pflegebedarf muss ausgebaut werden. Modelle von qualifizierten Notfall-Betreuungsangeboten, für den Fall, dass eine kurzfristige unvorhergesehene Betreuung notwendig wird, sind auf ihre Alltagstauglichkeit zu testen und wissenschaftlich zu begleiten.*

Außerfamiliäre Betreuungsangebote und Betreuungsangebote für die Ferienzeit fallen grundsätzlich in den Bereich der kommunalen Daseinsvorsorge. Das Land fördert allerdings bereits seit Jahren auf freiwilliger Basis die Familienentlastende Dienste (FED), die die Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gemeinschaft fördern und die Familien, die ein behindertes Familienmitglied unter erheblichen psychischen und physischen Belastungen betreuen, nach dem Leitgedanken „ambulant vor stationär“ durch verlässliche Unterstützung mit zeitweiligen Betreuungsangeboten entlasten. Die FED stellen somit eine wichtige Ergänzung des Netzes teilstationärer und stationärer Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen dar.

Das Land fördert die FED mit rund 2,4 Mio. Euro jährlich, je Einzugsbereich (rd. 100.000 Einwohner) maximal 24.000 Euro. Eine 2003 vom Landesrechnungshof geforderte Einstellung der Förderung konnte insbesondere mit dem Argument einer Steuerungsmöglichkeit für das Land in der Behindertenpolitik abgewendet werden. Das Land könnte bei einem Ausbau von Angeboten für Kinder mit hohem Assistenz- und Pflegebedarf im Rahmen der Förderung der FED aber nur dann steuernd eingreifen, wenn zusätzliche Fördermittel zur Verfügung stünden.

*c) Es ist zu prüfen, ob und welche Konsequenzen die Einführung eines Kinderkrankengeldes ohne zeitliche Obergrenze verursachen würde.*

Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes haben Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld, sofern nach ärztlichem Zeugnis die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erforderlich ist. Darüber hinaus ist seit dem 1. Juli 2002 ein Anspruch auf Krankengeld auch dann und unabhängig vom Lebensalter gegeben, wenn das versicherte Kind behindert oder auf Hilfe angewiesen ist. Diese Regelung sollte den Eltern zugutekommen, die ein Kind betreuen, das das 12. Lebensjahr vollendet hat und das in seiner körperlichen, geistigen oder seelischen Entwicklung einem durchschnittlich entwickelten Kind dieses Alters nicht gleichsteht, weil es behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Warum überdies die Begrenzung der Höchstanspruchsdauer für behinderte Kinder abgeschafft werden soll, erschließt sich nicht. Die Notwendigkeit zur Abschaffung müsste voraussetzen, dass bei behinderten Kindern die Morbidität deutlich höher sei, als bei Kindern ohne Handicap. Beim Krankengeld bei Erkrankung des Kindes geht es in erster Linie um eine Absicherung der Betreuung bei akuten Erkrankungen. Es liegen keine Zahlen vor, die belegen, dass dies bei behinderten Kindern öfters der Fall ist. Die Handlungsempfehlung wird deshalb aus fachlicher Sicht kritisch bewertet.

*d) Die Enquetekommission empfiehlt, Maßnahmen zur Erleichterung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu prüfen. In diesem Zusammenhang sollen sich auch Arbeitgeber mit dem Thema auseinandersetzen und entsprechende Angebote entwickeln. Weitere Hinweise hierzu sind in Abschnitt 3.3.3 „Familiäre Pflege“ zu finden.*

Die Landesregierung sieht sich durch die Handlungsempfehlung in ihrer Arbeit bestätigt, alle Aspekte möglicher Wohnformen für ein Altern in Würde zu beleuchten. Bei Menschen mit Behinderung spielt die Eingliederungshilfe grundsätzlich die größere Rolle bei Versorgung und Teilhabe. Die zunehmende Zahl immer älterer pflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen aufgrund des demographischen Wandels und die damit einhergehende Zunahme möglicher körperlicher und geistiger Beeinträchtigungen muss sich auch in diesen Einrichtungen widerspiegeln.

Durch die LHeimbauVO im baulichen Bereich und durch die flexible LPersVO im Pflegesetting sind die Voraussetzungen zur adäquaten Versorgung dieses Personenkreises gewährleistet.

Die Forderung der Enquetekommission, dass es möglichst vermieden werden soll, junge Menschen mit Behinderung in Pflegeheimen unterzubringen, ist zu begrüßen. Alle konzeptionellen Anstrengungen und die Entwicklung alternativer Wohnformen tragen hierzu bei.

*e) Die Enquetekommission empfiehlt, Betreuungsangebote für Kinder mit hohem Assistenz- und Pflegebedarf für die Ferienzeit auszubauen, beispielsweise eine wohnortnahe stationäre Kurzzeitunterbringung zu ermöglichen.*

Das Anliegen ist grundsätzlich zu unterstützen. Plätze in Schulkindergärten, die in besonderer Weise auch auf schwermehrfachbehinderte Kinder eingestellt sind, stehen erst ab dem 3. Lebensjahr (für Kinder mit einer Körperbehinderung ab dem 2. Lebensjahr) zur Verfügung.

*f) Die Enquetekommission fordert, Inklusion in Kinderbetreuungseinrichtungen und in der Schule weiter voranzutreiben.*

Zentrales Anliegen der Behindertenrechtskonvention in der Bildung ist die Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in das allgemeine Bildungssystem und damit auch das gemeinsame zielgleiche oder zieldifferente Lernen von Schülerinnen und Schülern mit und ohne Behinderung.

Baden-Württemberg hat mit der Änderung des Schulgesetzes zum 1. August 2015 für Schülerinnen und Schüler mit einem festgestellten Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot die Pflicht zum Besuch der Sonderschule aufgehoben und den Eltern eine Wahlmöglichkeit gegeben. Die Eltern können nunmehr entscheiden, ob ihr Kind eine allgemeine Schule oder ein sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum besucht. Im Vorfeld ihrer Entscheidung werden sie von der Schulverwaltung umfassend beraten. Inklusion ist damit Aufgabe aller Schulen und Schularten.

Inklusive Bildungsangebote werden vom Land mit zusätzlichen Lehrerstellen und durch die Erstattung inklusionsbedingter Schulumbauten sowie Ausgleichszahlungen für Schulbegleitungen, Schülerbeförderungskosten und Sachkosten gefördert. Insgesamt bleibt abzuwarten, wie Eltern von den bestehenden Möglichkeiten Gebrauch machen. Die Sonderschulpflicht geht auf in der allgemeinen Pflicht zum Besuch der Grundschule und einer darauf aufbauenden weiterführenden Schule.

*g) Die Enquetekommission empfiehlt den Kranken- und Pflegekassen sowie den Kommunen, die Beratung in Pflegestützpunkten auch hinsichtlich des Themas Pflege von Menschen mit Behinderung auszubauen.*

Die Beratung der Pflegekassen nach § 7 a SGB XI und der Pflegestützpunkte nach § 7 c SGB XI beinhaltet die Beratung zum Thema Pflege von Menschen mit Behinderung. Im Übrigen wird auf die Ausführungen zu 3.3.2 verwiesen.

*h) Die Enquetekommission fordert, Familienbegleiterinnen und Familienbegleiter auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe einzusetzen, die den Ablöseprozess gezielt begleiten können. Hierzu ist eine entsprechende Refinanzierung notwendig.*

*i) Angebote der Familienbildung sollen auch die Bedürfnisse pflegender Angehöriger aufgreifen und entsprechende Kurse anbieten. Darüber hinaus empfiehlt die Enquetekommission den Aufbau eines Familienbegleitprogramms für pflegende Familienangehörige von Menschen mit Behinderung.*

Familienbildung umfasst insbesondere die Stärkung der Erziehungskompetenz von Eltern sowie der Alltagskompetenz aller Familienmitglieder. Insofern wird es begrüßt, wenn Träger der Familienbildung lebenslagenorientierte Angebote vorhalten. Familienbegleitprogramme gehen jedoch über das Aufgabenprofil der allgemeinen Familienbildung hinaus und können fachlich nicht abschließend beurteilt werden. Wenn es in der Praxis praktikable Lösungen und Angebote, die angenommen werden, gibt, spricht selbstverständlich nichts dagegen. Allerdings kann es allenfalls Aufgabe der Familienbildung sein, hier flankierend zu regulären Angeboten tätig zu werden.

*j) Die Landesregierung wird aufgefordert, die Frage der Versorgung von Kindern mit Behinderung durch Eltern, wenn diese selbst die Pflegebedürftigkeit erreichen, in den Blick zu nehmen. Insbesondere sollen verschiedene Ansätze und Vorschläge, um die Pflegeleistungen in Bezug auf die Altersversorgung besser anzurechnen, berücksichtigt werden.*

*k) Die Enquetekommission empfiehlt, die Gewährungspraxis der Krankenversicherung für Hilfsmittel zu überprüfen und zu vereinfachen.*

Das SGB V beinhaltet die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Hilfsmittelversorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung. Nach § 33 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, „die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen“ sind.

Neben der Hilfsmittelversorgung umfasst der Anspruch der Versicherten auch die Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch und die notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen.

Um ein Hilfsmittel zu erhalten, ist eine Verordnung durch die Ärztin oder den Arzt erforderlich. Auf dieser sollte möglichst genau stehen, welches Produkt die Ärztin oder der Arzt für die Behandlung als geeignet hält. Einen Überblick über Produkte, deren Kosten von der Krankenkasse übernommen werden können, gibt das Hilfsmittelverzeichnis der GKV. Falls der die Ärztin oder der Arzt es für erforderlich hält, können auch Hilfsmittel verschrieben werden, die nicht im Verzeichnis gelistet sind.

Mit der ärztlichen Verordnung wenden sich die Versicherten an einen Hilfsmittelanbieter, Fachhändler oder ein Sanitätshaus, wo ein Kostenvoranschlag für die Krankenkasse erstellt wird. Stimmt die Krankenkasse zu, steht dem Erhalt des Hilfsmittels nichts mehr im Wege. Versicherte können allerdings nur die Anbieter von Hilfsmitteln (Leistungserbringer) nutzen, die mit der jeweiligen Krankenkasse einen Vertrag geschlossen haben. In Ausnahmefällen können Betroffene – wenn ein berechtigtes Interesse besteht – einen anderen Hilfsmittelanbieter wählen. Die dadurch entstehenden Mehrkosten haben die Versicherten jedoch selbst zu tragen. Gleiches gilt für Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen.

Das Sozialministerium führt die Rechtsaufsicht, jedoch nicht die Fachaufsicht über die landesunmittelbaren Krankenkassen in Baden-Württemberg. Im Rahmen dieser Rechtsaufsicht trägt das Sozialministerium dafür Sorge, dass das Handeln der Krankenkassen die rechtlichen Grenzen einhält. Das Sozialministerium ist jedoch keine Schiedsstelle und kann seine Entscheidung nicht an die Stelle der Entscheidung der Krankenkasse setzen.

#### *Altersgerechtes und lebensweltorientiertes Wohnen*

*a) Die Enquetekommission ist der Ansicht, dass es vermieden werden soll, dass junge Menschen mit Behinderung in Pflegeheimen untergebracht werden. Sie sollen eher in einer Einrichtung der Behindertenhilfe, die mit den entsprechenden Mitteln für eine bedarfsgerechte Versorgung ausgestattet werden muss, wohnen.*

*b) Grundsätzlich sollen in diesem Zusammenhang zielgruppenspezifische, lebensweltorientierte, die Biografie berücksichtigende Versorgungsformen geschaffen werden.*

*c) Dazu müssen Einrichtungen der Behindertenhilfe neue Kompetenzen aufbauen und entwickeln, um zusätzlich auf altersbedingte Einschränkungen eingehen zu können.*

Der Ansicht der Enquetekommission, dass junge Menschen mit Behinderungen statt in Pflegeheimen besser in Einrichtungen der Behindertenhilfe wohnen soll-

ten, ist zuzustimmen. Das gilt selbstverständlich auch für ältere Menschen mit Behinderungen. Anzumerken ist aber, dass Menschen mit Behinderungen – unabhängig vom Alter – überhaupt nur dann stationär untergebracht werden sollten, wenn dies unvermeidlich ist. Die Maxime „ambulante Betreuung vor stationärer Unterbringung“ ergibt sich aus der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), deren Leitbilder Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sind.

Zu der in diesem Zusammenhang erhobenen Forderung, zielgruppenspezifische Versorgungsformen zu schaffen, ist anzumerken, dass die UN-BRK Selbstbestimmung und Teilhabe als individuelle Rechte postuliert, die im Einzelfall bestmöglich zu verwirklichen sind. Es kann daher kontraproduktiv sein, Angebote für Menschen mit Behinderungen nach Zielgruppen auszugestalten. Angebote sollten besser individuell zugeschnitten sein.

Zu bekräftigen ist die Empfehlung der Enquetekommission, dass Einrichtungen der Behindertenhilfe neue Kompetenzen aufbauen und entwickeln müssen, um zusätzlich auf altersbedingte Einschränkungen eingehen zu können.

Zu unterstützen ist die Enquetekommission auch in ihrem Appell, der Forderung der UN-BRK nach Inklusion nachzukommen und dabei den Begriff der Barrierefreiheit nicht eng, sondern weit auszulegen und darunter neben der baulichen Barrierefreiheit den Abbau von Barrieren bei der Kommunikation und nicht zuletzt den Abbau der „Barrieren in den Köpfen“ zu verstehen. Zur Schaffung einer inklusiven, barrierefreien Gesellschaft hat die Landesregierung einen umfassenden Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK beschlossen.

*d) Die Enquetekommission empfiehlt, dass sich auch Einrichtungen der Altenhilfe auf pflegebedürftige Menschen mit Behinderung vorbereiten sollen. Analog zu den Bereichen der Behindertenhilfe sind dazu die entsprechenden Kompetenzen aufzubauen.*

Die Landesregierung sieht sich durch die Handlungsempfehlung in ihrer Arbeit bestätigt, alle Aspekte möglicher Wohnformen für ein Altern in Würde zu beleuchten. Bei Menschen mit Behinderung spielt die Eingliederungshilfe grundsätzlich die größere Rolle bei Versorgung und Teilhabe. Die zunehmende Zahl immer älterer pflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen aufgrund des demographischen Wandels und die damit einhergehende Zunahme möglicher körperlicher und geistiger Beeinträchtigungen muss sich auch in diesen Einrichtungen widerspiegeln.

Durch die LHeimbauVO im baulichen Bereich und durch die flexible LPersVO im Pflegesetting sind die Voraussetzungen zur adäquaten Versorgung dieses Personenkreises gewährleistet.

Die Forderung der Enquetekommission, dass es möglichst vermieden werden soll, junge Menschen mit Behinderung in Pflegeheimen unterzubringen, ist zu begrüßen. Alle konzeptionellen Anstrengungen und die Entwicklung alternativer Wohnformen tragen hierzu bei.

*e) Die UN-BRK ist umzusetzen, mit dem Ziel, die komplette Partizipation zu garantieren. Dabei ist der Begriff der „Barrierefreiheit“ nicht nur auf die Baulichkeiten anzuwenden, sondern ebenso auf bedarfsspezifische Kommunikationsformen und -strukturen. Ebenso müssen die „Barrieren in den Köpfen“ abgebaut werden.*

Es erfolgt der Verweis auf die Ausführungen zu a) bis c).

*f) Um dem zukünftig zunehmenden Bedarf gerecht werden zu können, empfiehlt die Enquetekommission, entsprechende Inhalte in den Ausbildungen aller beteiligten Berufsgruppen wie beispielsweise der Heilerziehungspflege zu berücksichtigen und curricular zu verankern.*

Die genannten Inhalte können bei den regelmäßig stattfindenden Gesprächen mit den beteiligten Berufsgruppen thematisiert und bei anstehenden Änderungen der Curricula berücksichtigt werden.

g) *Die Enquetekommission empfiehlt, durch einen interdisziplinären Ansatz auch die Pflege von Menschen mit Behinderung im Curriculum der zukünftigen Ausbildung zu verankern. Dies soll bei der entsprechenden Ausgestaltung der Ausbildungsinhalte berücksichtigt werden.*

Sofern die Pflege von Menschen mit Behinderungen in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie dem Rahmenlehr- und -ausbildungsplan für die gemeinsame Pflegeausbildung auf Bundesebene nicht ausreichend berücksichtigt wird, kann dies im Rahmenlehrplan auf Landesebene ergänzt werden.

h) *Die Enquetekommission empfiehlt, Aspekte der Heilerziehungspflege in die aktuelle Ausbildung der Altenpflege und umgekehrt zu integrieren. Dies ist bei zukünftigen Ausbildungsmodellen ebenso zu berücksichtigen.*

In Baden-Württemberg gibt es ein erfolgreiches Modell einer gemeinsamen Ausbildung Altenpflege/Heilerziehungspflege, das allerdings im Vergleich zu den jeweiligen Regelausbildungen ein halbes Jahr länger dauert. Bei der Zusammenführung von Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege zu einer gemeinsamen Pflegeausbildung wurde schon in einem sehr frühen Stadium darauf verzichtet, auch die Heilerziehungspflege zu integrieren. Dies ist schon deshalb jetzt nicht mehr möglich, weil das Gesetzgebungsverfahren schon relativ weit fortgeschritten ist. Im Übrigen wäre die künftige Ausbildung durch Integration eines vierten Berufes aber auch inhaltlich überfrachtet worden.

i) *Die Enquetekommission empfiehlt, Fachkräfte der Heilerziehungspflege in die Definition der Fachkraftquote für die stationäre Altenpflege aufzunehmen und zu berücksichtigen.*

Mit den beiden Modellen nach § 8 und § 9 der LPersVO, die in unterschiedlichem Umfang und unterschiedlichen Kombinationen den Einsatz von Pflegefachkräften und Fachkräften (u. a. Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger) in stationären Pflegeeinrichtungen ermöglichen, soll eine Flexibilisierung der Fachkraftquote erreicht werden. Gemäß § 7 Absatz 3 i. V. m. der Anlage 1 LPersVO sind Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger Fachkräfte im Sinne der VO. Sie können damit in der Eingliederungshilfe voll in die Fachkraftquote eingerechnet werden, in der Altenhilfe unter den Voraussetzungen des § 8 Abs. 1 Satz 2 LPersVO. Zusätzlich steht das Modell des § 9 LPersVO zur Verfügung. Ein dem Ausbildungsinhalt der Heilerziehungspflege entsprechendes breites Einsatzspektrum ist deshalb gewährleistet.

Um den besonderen Anforderungen der Eingliederungshilfe gerecht zu werden, dürfen gemäß § 15 Abs. 1 LPersVO Maßnahmen der Behandlungspflege, anders als in stationären Pflegeeinrichtungen, neben den Pflegefachkräften auch von Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspflegern erbracht werden, da sie die speziellen Bedarfe der Eingliederungshilfe, auch im pflegerischen Bereich, abdecken können.

Soweit die Enquetekommission empfiehlt, Fachkräfte der Heilerziehungspflege in die Definition der Fachkraftquote für die stationäre Altenpflege aufzunehmen und zu berücksichtigen, wird darauf hingewiesen, dass entsprechend dem Modell nach § 8 LPersVO Fachkräfte der Heilerziehungspflege dann auf die Fachkraftquote anrechenbar sind, wenn diese Fachkräfte entsprechend ihrer beruflichen Qualifikation eingesetzt werden und sich deren Anteil bezogen auf den Anteil der Pflegefachkräfte in einem geringen Umfang bewegt. Mit dem Modell nach § 9 LPersVO wird eine weitere Flexibilisierung im Hinblick auf den Einsatz von Pflegefachkräften und Fachkräften, und somit auch von Fachkräften der Heilerziehungspflege, in stationären Einrichtungen der Altenpflege ermöglicht.

### *Schnittstellen*

- a) *Die Enquetekommission empfiehlt, den Fokus auf eine Kooperation von Pflege und Eingliederungshilfe zu legen – wobei die Situation älter werdender pflegebedürftiger Menschen mit Behinderung besondere Aufmerksamkeit verdient.*
- b) *Die Enquetekommission empfiehlt, zu prüfen, inwiefern das SGB XI in das SGB IX einbezogen werden kann. Hierbei sind besonders die Zusammenführung der Verfahrens- und Begutachtungsvorschriften zu prüfen. In diesem Zusammenhang appelliert die Enquetekommission an die Bundesregierung, Schnittstellen bei der Finanzierung von SGB XI und SGB IX zu synchronisieren sowie weitere Lösungsansätze auszuarbeiten und umzusetzen. Ferner wird empfohlen, die Schnittstellen zum SGB XII ebenfalls zu synchronisieren.*

Die Regelung der Schnittstellen zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe liegt im Kompetenzbereich des Bundes. Derzeit sind auf Bundesebene sowohl ein „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)“, als auch das Dritte Pflegestärkungsgesetz – PSG III in Arbeit, die sich beide mit der Lösung dieser Schnittstellenproblematik befassen. Die Länder setzen sich im Rahmen der Gesetzgebungsverfahren dafür ein, dass PSG III und BTHG eindeutige Regelungen zur Klärung der Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Leistungsträgern enthalten und zukünftig keine diesbezüglichen Zuständigkeitsstreitigkeiten auf dem Rücken der betroffenen Leistungsberechtigten ausgetragen werden.

- c) *Die Enquetekommission fordert, den Erfahrungsaustausch zwischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und Einrichtungen der Altenhilfe zu intensivieren.*
- d) *Die Enquetekommission appelliert an die Einrichtungen der Behinderten- und Altenhilfe, Fort- und Weiterbildungen zum Thema Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Behinderung zu ermöglichen.*

Der Empfehlung der Enquetekommission, den Erfahrungsaustausch zwischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und Einrichtungen der Altenhilfe zu intensivieren, ist zuzustimmen. Der Appell richtet sich an die Einrichtungen. Für den empfohlenen Austausch ist es förderlich, dass viele Einrichtungen der Behindertenhilfe mit Einrichtungen der Altenhilfe verbunden sind.

Die Landesregierung sieht das Quartier als wichtige Größe in der Pflege. Wenn in Quartieren gedacht wird und die Orientierung sozialräumlich erfolgt, ist die Abgrenzung zwischen der Behindertenhilfe und der Altenpflege kontraproduktiv.

Ziel ist, ein bedarfsgerechtes und effizientes Gesamtsystem zu entwickeln, dessen Ausgangspunkt und Ziel die Selbstbestimmungs- und Teilhaberechte der pflegebedürftigen und behinderten Menschen ist. Ein verstärkter Austausch zwischen den Einrichtungen wird ausdrücklich begrüßt. Hier sind die Verbände der Einrichtungsträger aufgerufen, bei entsprechendem Bedarf tätig zu werden.

### *Finanzierung*

- a) *Die Enquetekommission begrüßt die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das Pflegestärkungsgesetz II. Der Unterstützungsbedarf darf nicht lediglich auf körperlichen Einschränkungen begrenzt werden.*

In Zukunft werden nach dem Pflegestärkungsgesetz II körperliche, geistige und psychische Einschränkungen gleichermaßen erfasst und in die Einstufung einbezogen. Mit der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit in sechs verschiedenen Bereichen gemessen und mit unterschiedlicher Gewichtung zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt.

Die sechs Bereiche sind Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforder-



rungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Damit werden nicht nur körperliche Faktoren berücksichtigt.

*b) Die Enquetekommission ist der Ansicht, dass zur Umsetzung der Zielsetzungen und zur Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen im Pflegebereich insgesamt mehr Geld in das System fließen muss. Weitere Ausführungen hierzu im Kapitel 3.8 „Generationengerechte Finanzierung“.*

Es ist offen, wer die zur Umsetzung der Ziele erforderlichen Finanzmittel aufbringen soll.

*c) Die Enquetekommission empfiehlt, Erprobungen von Persönlichen Budgets zuzulassen und zu ermöglichen. Das Persönliche Budget darf dabei nicht zum Abbau vorgehaltener Leistungen führen. Die Rückkehr zu Sachleistungen muss jederzeit ermöglicht werden.*

Die Landesregierung unterstützt die Empfehlung

*d) Die Enquetekommission appelliert an die Kranken- und Pflegekassen, Anträge und Verwendungsnachweise für Pflege-, Hilfs- und Unterstützungsleistungen sowie Persönliche Budgets zu vereinfachen und Erprobungen diesbezüglich unbürokratisch umzusetzen.*

Diese Empfehlung richtet sich an die Leistungsträger. Dort wird auf die bereits vorhandenen Möglichkeiten der Nutzung des persönlichen Budgets verwiesen.

#### *Forschung*

*Die Landesregierung wird aufgefordert, die Datenlage zur Situation von Personengruppen mit spezifischen Pflegebedarfen zu verbessern, unter anderem zum Pflegebedarf älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie für ältere Menschen mit Schwerst- und Mehrfachbehinderung. Es ist eine Debatte darüber zu führen, welche Modelle, auch unter dem Blickwinkel des Inklusionsgedankens, hier für die Zukunft zu entwickeln sind und wie sich die bislang parallel bestehenden und sehr unterschiedlichen Logiken von Behinderten- und Altenhilfe besser miteinander verknüpfen lassen.*

Eine Pflegeberichterstattung auf Landesebene, dessen Inhalte zur Entscheidungsfindung auch auf lokale Ebene heruntergebrochen werden können, ist eine sinnvolle Plattform für Vergleiche, Hochrechnungen und Planung. Zudem werden die Statistikdaten der Pflegestatistik mit dem PSG hinsichtlich Regionalisierung weiterentwickelt.

### **3.4.5 Psychische Gesundheit**

#### *Ambulante psychiatrische Pflege*

*Die ambulante psychiatrische Versorgung soll ausgebaut werden. Hierzu gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:*

*a) Die Finanzierung der ambulant psychiatrischen Pflege muss künftig kostendeckend sein. Daher sollen die Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V überarbeitet werden. Insbesondere die momentan in der Praxis bestehende Lücke bei der Langzeitversorgung im ambulanten Bereich soll geschlossen werden.*

*b) Es sollen Modelle erprobt werden, die eine Personalkontinuität gewährleisten, um Beziehungsabbrüche zu vermeiden und das flexible Variieren der Betreuungsintensität zu ermöglichen. Diesbezüglich empfiehlt die Enquetekommission, Modelle der integrierten Versorgung zu erproben.*

- c) Die Enquetekommission empfiehlt den Kostenträgern und Leistungserbringern zu prüfen, wie die Versorgung durch ambulante psychiatrische Dienste in Baden-Württemberg ausreichend sichergestellt werden kann, und einen entsprechenden Ausbau vorzunehmen

Das von der Enquetekommission formulierte Ziel, die psychiatrische Versorgung durch ambulante psychiatrische Dienste in Baden-Württemberg flächendeckend auszubauen und sicherzustellen sowie Modelle der integrierten Versorgung zu erproben, wird als sinnvoll erachtet.

#### *Ausbildung*

Um die Qualität der psychiatrischen Pflege in Baden-Württemberg auch zukünftig zu gewährleisten, nimmt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen vor:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, im Bereich der psychiatrischen Pflege eine Initiative zur Personalgewinnung und Personalqualifizierung zu starten.
- b) In Curricula der (gemeinsamen) Pflegeausbildung muss der psychiatrischen Pflege hinreichend Raum gegeben werden. Die vorgesehenen 80 Stunden Praxiseinsatz sind zu wenig und sollen erhöht werden.
- c) Des Weiteren sollen spezielle Weiterbildungen für (gemeinsam) ausgebildete Pflegekräfte im Bereich der psychiatrischen Pflege ausgebaut werden. Dabei soll auf die Vergleichbarkeit der Curricula geachtet werden.
- d) Eine ECTS-Akkreditierung der Fachweiterbildung für psychiatrische Krankenpflege sollte angestrebt werden.
- e) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Einrichtung von Studiengängen zu Psychiatrische Pflege/Mental Health.

In Anbetracht der Ambulantisierung wird die Gewinnung und Bindung von qualifiziertem Personal für patientennahe Tätigkeiten von großer Bedeutung sein. Die Landesregierung befürwortet die Erhöhung des Umfangs des psychiatrischen Anteils an der Pflegeausbildung über den gegenwärtig vorgesehenen 80 Stunden Praxiseinsatz hinaus. Eine ECTS-Akkreditierung zur besseren, europaweiten Vergleichbarkeit der Ausbildung ist notwendig sein, um den Zugang auch zum deutschen Arbeitsmarkt zu erleichtern.

Zur Empfehlung der Einrichtung von Studiengängen zu Psychiatrischer Pflege/Mental Health siehe Ziffer 3.6.7.d.

#### *Qualität der psychiatrischen Versorgung*

- a) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, psychiatrische Dienstleistungen an den Grundsätzen von Recovery auszurichten. In diesem Zusammenhang sollen auch Experten aus Erfahrung in die Dienstleistungen der psychiatrischen Versorgung eingebunden werden. Hierzu sollen geeignete Modelle entwickelt und durch die Landesregierung initiiert werden.
- b) Es ist verstärkt auf die Angebote der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen (IBB-Stellen) hinzuweisen.
- c) Durch Forschungsaufträge müssen das theoretische Wissen und die empirische Datenlage in der psychiatrischen Pflege verstärkt werden.
- d) Die gerontopsychiatrischen Spezialdienste sollen ausgebaut werden und eine Vereinbarung über die Vergütung dieser Leistungen getroffen werden.

*e) Die Enquetekommission empfiehlt eine Evaluation des Psychisch-Kranke-Hilfegesetzes, insbesondere hinsichtlich der Dauer von Entscheidungsfindungsphasen und der Schaffung von Sicherheit vor Ort.*

Die Landesregierung ist der Auffassung, dass sich die Qualität der psychiatrischen Versorgung an den Ergebnissen evidenzbasierter Versorgungsforschung orientieren sollte. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung werden nach Einschätzung der Landesregierung in der psychiatrischen Versorgung mehr gerontopsychiatrische Fachkräfte notwendig sein, um den Bedarf abzudecken. Möglicherweise noch bestehende Unsicherheiten bezüglich des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes werden im Rahmen eines fortlaufenden Umsetzungsprozesses behoben. Die Angebote der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen (IBB-Stellen) wurden im Jahr 2015 offensiv kommuniziert, eine Förderrichtlinie für eine freiwillige Landesförderung erarbeitet und bereits 18 Stadt- und Landkreise vom Land gefördert sowie der Vorschlag einer Muster-geschäftsordnung erarbeitet. Die Pflicht zur Einrichtung der IBB-Stellen richtet sich an die Kommunen.

#### *Finanzierung*

*a) Die Kranken- und Pflegekassen sowie Träger werden aufgefordert, ein Konzept zur Schaffung und Gestaltung von integrierten Versorgungsstrukturen mit regionalen Persönlichen Budgets für ambulante psychiatrische Pflege zu entwickeln.*

*b) Um auch zukünftig eine bedarfsgerechte Versorgung durch psychiatrische Pflege in Baden-Württemberg zu ermöglichen, soll nach Ansicht der Enquetekommission mehr Geld in das System fließen. Nähere Ausführungen hierzu im Kapitel 3.8 „Generationengerechte Finanzierung“.*

*c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Entwicklung bezüglich der zukünftigen Finanzierung der psychiatrischen Versorgung aufmerksam zu verfolgen. Die derzeit bekannten Parameter des PEPP lehnt die Enquetekommission ab.*

Der Bedarf an psychiatrischer Pflege wird derzeit in großem Maße durch stationäre Angebote gedeckt. Im Rahmen einer lebensraumbezogenen Versorgung von Menschen mit eingeschränkter psychischer Gesundheit muss sie jedoch auch fester Bestandteil der ambulanten Pflege werden. Die Aufforderung der Kommission an die Kranken- und Pflegekassen sowie Träger, ein Konzept zur Schaffung und Gestaltung von integrierten Versorgungsstrukturen mit regionalen Persönlichen Budgets für ambulante psychiatrische Pflege zu entwickeln wird als notwendig erachtet, verbunden mit der Enquetekommissionsempfehlung an die Landesregierung, die Entwicklung bezüglich der zukünftigen Finanzierung der psychiatrischen Versorgung aufmerksam zu verfolgen.

Die ablehnende Stellungnahme der Enquetekommission gegenüber dem bisherigen Entwurf des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) wird von der Landesregierung geteilt. Es ist allerdings zum gegenwärtigen Zeitpunkt unklar, in welcher modifizierten Version das PEPP ab 2017 umgesetzt werden soll.

### 3.4.6 Palliativversorgung

#### *Kontinuierliche palliative Begleitung*

##### *Handlungsempfehlungen:*

*Die Pflegebeziehung bedarf ausreichender finanzieller und personeller Ressourcen, um vertrauensbildende Maßnahmen und beratende Gespräche sowie die Koordination und die Erbringung der Versorgung im ambulanten wie im stationären Bereich zu ermöglichen. Die Enquetekommission gibt daher folgende Handlungsempfehlungen ab:*

- a) Um eine ganzheitliche und palliative Pflege von Sterbenden zu ermöglichen, benötigen Pflegende entsprechende Ressourcen, insbesondere ausreichend Zeit. Es sollen entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen und refinanziert werden. Palliativversorgung soll so früh wie möglich einsetzen.*
- b) Die Enquetekommission begrüßt die im Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vorgesehene Kooperationsvereinbarung zwischen hausärztlichen Leistungserbringern zur besseren Hospiz- und Palliativversorgung. Es wird empfohlen zu evaluieren, ob die beabsichtigten Effekte damit erreicht werden können.*
- c) Die Enquetekommission empfiehlt die Stärkung der AAPV insbesondere dadurch, dass Pflegeheime diese Leistungen bei entsprechender Refinanzierung selbst oder durch Dritte in Kooperation erbringen können. Zudem ist das Angebot an Palliativ-Konsilien verstärkt in Pflegeheimen anzubieten.*
- d) Darüber hinaus soll ein gezielter, bedarfsgerechter Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, der Brückenpflege sowie der ambulanten Hospizdienste stattfinden.*
- e) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, palliative Versorgung in ihre bestehenden Strukturen einzubetten und als Element in ihr Versorgungskonzept zu integrieren.*
- f) Die Unter- und Fehlversorgung von lebensbedrohlich und lebensverkürzend erkrankten Kindern ist auch unabhängig von SAPV-Versorgungskonzepten aufzugreifen. Das Angebot in der ambulanten Hospizarbeit für Kinder soll ausgebaut werden. In SAPV-Teams sollen entsprechend ausgebildete Kinderärztinnen und Kinderärzte eingebunden werden.*
- g) Die Angehörigen von Sterbenden sollen ebenfalls palliativ beraten und begleitet werden. Dadurch können Krisen abgeschwächt und außerdem unnötige und kostenintensive Klinikaufenthalte vermieden werden.*
- h) Exemplarisch sollen Care- und Case-Management-Strukturen regional gefördert werden, welche die Kooperation der bestehenden Akteure fördern, Versorgungsdefizite identifizieren und schließen helfen. Bereits bestehende Strukturen und Angebote in einzelnen Regionen Baden-Württembergs können im Wege einer Modellfinanzierung gefördert und wissenschaftlich begleitet werden.*

Die Handlungsempfehlungen entsprechen den Zielen und Handlungsempfehlungen der Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzeption für Baden-Württemberg:

- Verbesserung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) in der Regelversorgung.
- Flächendeckender Aufbau einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).
- Stärkung und Ausbau der Regionalen Arbeitskreise der Hospiz- und Palliativversorgung.

- Verbesserung der Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche durch Aufbau einer spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV) und Verbesserung der pädiatrischen Palliativversorgung in stationären Einrichtungen.
- Verbesserung der stationären Hospiz- und Palliativversorgung in Krankenhäusern und Palliativstationen sowie in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe.
- Verstärkte Information der Betroffenen und ihrer Angehörigen sowie transparente Darstellung der vorhandenen Versorgungsmöglichkeiten.

In Baden-Württemberg besteht bereits ein qualitativ hochwertiges und fast flächendeckendes Netz zur Palliativversorgung und Schmerzlinderung. Es ist das Ziel der Landesregierung, dieses Angebot weiter auszubauen. Gemeinsam mit der Hospizbewegung, den Hospizdiensten und den Anbietern von SAPV und SAPPV sollen alle Akteure beteiligt und vernetzt werden.

Ein Großteil der Palliativversorgung wird als allgemeine Palliativversorgung von Hausärzten, ambulanten Pflegediensten, Altenpflegeheimen und primär behandelnden Fachärzten erbracht. Diese essentielle Säule der Palliativversorgung muss weiter gestärkt und genutzt werden.

Ressourcen zur Stärkung der Routineversorgung müssen ausdrücklich an Struktur- und Qualitätsmerkmale gekoppelt werden. Eine klare Definition der Mehrleistungen ist erforderlich, damit eine ungezielte Umverteilung und Anreize für budgetäre Mitnahmeeffekte vermieden werden. Bestehende Modellprojekte zu Care- und Case-Management in Baden-Württemberg können nach ihrer Evaluation interessante Hinweise darauf geben, wie sich dieses konkret umsetzen lässt.

Durch eine transparente Darstellung der verfügbaren Angebote (Online-Informations-Portal) soll den Betroffenen und ihren Angehörigen eine wohnort- und zeitnahe Inanspruchnahme der Angebote ermöglicht werden. Auch die Angehörigen der Betroffenen sollen palliativ beraten und begleitet werden.

#### *Aus- und Weiterbildung*

##### *Handlungsempfehlungen:*

*a) Die Enquetekommission empfiehlt, die Elemente der Palliativversorgung in das Medizinstudium und die gemeinsame Pflegeausbildung zu integrieren. Palliative Grundkenntnisse sowie die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit menschlichen Lebens sollen Bestandteil der Curricula der Ausbildung von Pflegekräften sowie Ärztinnen und Ärzten sein. Darüber hinaus sollen spezialisierte Weiterbildungen beziehungsweise Studiengänge angeboten werden, die vertiefte Fachkenntnisse ermöglichen.*

Hier konnte in Baden-Württemberg bereits viel erreicht werden. Beispiele sind das Kompetenzzentrum Palliative Care, der Master Online Palliative Care oder der End-of-life-nursing-education-curriculum (ELNEC)-Kurs Deutschland. Dieser Weg sollte weiter beschritten werden. In der Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzeption für Baden-Württemberg wird deshalb als wichtiges Ziel unter anderem auch die Verbesserung der Forschung und der Aus-, Fort- und Weiterbildung empfohlen.

*b) Neben der Wissensvermittlung soll die Aus- und Weiterbildung mehr Praxisreflexion und Elemente der Persönlichkeitsentwicklung beinhalten, um belastende Situationen wie den Umgang mit Schmerz, Leid und Tod besser bewältigen zu können.*

*c) In diesem Zusammenhang muss Supervision als Maßnahme der Praxisreflexion im Gesundheitswesen gefördert werden. Die Landesregierung wird daher aufgefordert, sich dafür einzusetzen, die Supervision von Sterbebegleitung für haupt- und ehrenamtlich Tätige zu sichern.*

- d) Die Landesregierung wird aufgefordert, den Lehrstuhl für Palliativversorgung zu erhalten.*
- e) Führungskräfte von Pflegeheimen und Pflegediensten sollen gezielt zu rechtlichen und ethischen Gesichtspunkten bzgl. Palliative Care weitergebildet werden. Dadurch wird ihre Handlungs- und Entscheidungssicherheit gefördert, was wiederum den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an der Basis Handlungssicherheit gibt.*
- f) Ebenso notwendig sind Weiterbildungen in den Grundprinzipien von Palliative Care auch für Vertreter der Heimaufsicht und des medizinischen Dienstes der Krankenkassen.*
- g) Spiritual Care ist ein wichtiger Bestandteil von Palliative Care. Dies soll in der Aus- und Weiterbildung berücksichtigt werden, damit Sterbende auch für die seelischen Prozesse eine kompetente Begleitung findet.*

In der Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzeption für Baden-Württemberg wird als wichtiges Ziel unter anderem auch die Verbesserung der Forschung und der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Supervision in der Palliativversorgung empfohlen.

Es müssen nicht nur Fachwissen (knowledge) wie zum Beispiel im Bereich Schmerztherapie, sondern auch Fähigkeiten (skills) wie zum Beispiel im Bereich der Kommunikation von schwerwiegenden Nachrichten bzgl. Diagnosen/Prognosen und nicht zuletzt auch selbstreflexive Haltungen (attitudes) hinsichtlich Tod und Sterben und bei ethisch schwierigen Entscheidungsfindungen bezüglich Therapiebegrenzungen etc. vermittelt werden. Für die Vermittlung dieser „Elemente der Persönlichkeitsentwicklung“ sind jedoch die klassischen Lehrformen wie Vorlesungen nur bedingt geeignet. Es müssen deshalb fächer- und standortübergreifend innovative Lehrformen entwickelt werden, wie es u. a. im Rahmen des Kompetenzzentrums Palliative Care als Zusammenschluss aller fünf hochschulmedizinischen Standorte des Landes vorgesehen ist. Dieses Verbundvorhaben wird vom Wissenschaftsministerium gefördert. Ihm kommt eine auch im Vergleich zu anderen Bundesländern besondere Bedeutung zu. Seit 2016 wird vom Wissenschaftsministerium ein weiteres Verbundvorhaben finanziell mit einem Betrag von jährlich 300.000 Euro für die Dauer von drei Jahren unterstützt. Das Projekt „My SUPPORT“ befasst sich mit dem individuellen, dynamischen Patienten-Bedarfsscreening.

Auch der Lehrstuhl für Palliativversorgung an der Universität Freiburg ist einer der Garanten für eine qualitativ hochwertige Palliative Care im Land.

#### *Zugangsbarrieren abbauen*

##### *Handlungsempfehlungen:*

*Die Beratungsstruktur zur palliativen Pflege soll ausgebaut und Zugangsbarrieren abgebaut werden. Hierzu nimmt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen vor:*

- a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, eine Informationskampagne über die Angebote der palliativen Versorgung und der Hospizarbeit zu initiieren. Dabei sind die verschiedenen Zielgruppen der Palliativversorgung wie beispielsweise Migrantinnen und Migranten und Kinder spezifisch zu berücksichtigen. Eine Informationsweitergabe in Medien, die von Menschen mit Migrationshintergrund genutzt werden, könnte die Inanspruchnahme palliativer Versorgung positiv beeinflussen.*
- b) Die Enquetekommission empfiehlt die Vernetzung mit anderen lokalen Akteuren wie beispielsweise Gemeinden und Kulturvereinen, Migrationsberatungsstellen und Initiativen im Bereich Gesundheit und Migration.*

- c) Die Enquetekommission regt die Einbindung von Kontakten aus dem persönlichen Umfeld der potenziell Betroffenen und deren Angehörigen sowie Hausärztinnen und Hausärzten an, um eine Erfassung der Bedürfnisse zu ermöglichen. Dadurch können ggf. Zugangsbarrieren abgemindert werden.*
- d) Die Enquetekommission empfiehlt eine aktive interkulturelle Öffnung sowie das verstärkte Anwerben von bürgerschaftlich Engagierten mit Migrationshintergrund.*
- e) Die Enquetekommission regt eine Förderung des bürgerschaftlichen Engagements im Palliativ- und Hospizbereich an.*
- f) Beratungsleistungen von entsprechend qualifiziertem hauptamtlichem Personal ambulanter Hospizdienste sollen refinanziert werden. Ebenso soll die hospizliche Begleitung in Krankenhäusern durch bürgerschaftlich Engagierte von den Krankenkassen gefördert werden.*
- g) Für ländliche Regionen sollen entsprechend angepasste Möglichkeiten geschaffen werden, sodass bestehende Potenziale der ehrenamtlichen Sterbegleitung auch genutzt werden können.*

In einem Online-Informationsportal und auch durch Aufnahme in den Gesundheitsatlas Baden-Württemberg sollen die verfügbaren Angebote transparent dargestellt werden. Die verschiedenen Zielgruppen sollen angesprochen und dadurch Zugangsbarrieren abgebaut werden. Den Betroffenen und ihren Angehörigen soll eine wohnort- und zeitnahe Inanspruchnahme der Angebote ermöglicht werden.

#### *Finanzierung*

#### *Handlungsempfehlungen:*

- a) Das Finanzierungssystem SGB V und SGB XI in der ambulanten Pflege soll um nichtbehandlungsbezogene Pauschalen erweitert werden. Die Vernetzung von ambulanten Pflegeteams mit Brückenpflege und SAPV-Teams sollte gefördert werden.*
- b) Die Enquetekommission empfiehlt, die Brückenpflege für alle Patientinnen und Patienten in einer palliativen Situation zugänglich zu machen und diese nicht lediglich auf Menschen mit Tumorerkrankungen zu begrenzen. Unnötige Krankenhauseinweisungen, Drehtüreffekte, Krisen und Belastungen der betroffenen Menschen können damit vermieden werden. Deshalb soll die Brückenpflege weiter ausgebaut und deren ausreichende Finanzierung über Zuschläge gemäß § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG sichergestellt werden.*
- c) Es sollen Qualitätsmerkmale und neue Vergütungsmodelle entwickelt werden, welche die Arbeitsweise der Palliative Care in nicht spezialisierten Strukturen (niedergelassene Arztpraxen, Krankenhäuser der Allgemeinversorgung, ambulante Pflegedienste und Pflegeheime) berücksichtigen und ihre Leistungen abbilden.*
- d) Palliative Care braucht Freiräume, die sich nicht in abrechenbaren Pflegehandlungen abbilden. Diese Freiräume müssen refinanziert werden.*
- e) Die Finanzierung von Hospizen soll verbessert werden.*

Der Bundesgesetzgeber hat in § 39 a SGB V geregelt, dass die Finanzierung von stationären Hospizen durch die Krankenkassen erfolgt.

Durch das Hospiz- und Palliativgesetz des Bundes vom 1. Dezember 2015 wurde die Finanzierung der stationären Hospize bereits verbessert: Erhöhung des Tagessatzes für Erwachsenen-Hospize von 198 Euro auf 255 Euro und Erstattung von 95 Prozent der zuschussfähigen Kosten (wie bisher schon für Kinderhospize).

Bei der Finanzierung von Hospizen sollte nach Auffassung der Landesregierung noch klar gestellt werden, was zur Grundausstattung gehört und finanziert werden muss (z.B. Personalschlüssel für Pflege, Verwaltung, Hauswirtschaft). Neue Strukturen sollten allerdings mit besserer Qualität verbunden sein. Es dürfen nicht nur Ressourcen umverteilt werden, ohne dass sich an der Versorgung substantiell etwas ändert. Außerdem sollte die Zahl der Hospizbetten erhöht werden.

Im Landeshaushalt sind bisher jährlich 96.000 Euro Zuschüsse aus dem Wettmittelfonds zur Förderung der überregionalen Hospizarbeit (Hospiz- und Palliativ Verband Baden-Württemberg, Service Points, Schulungen) eingestellt.

#### *Forschung*

##### *Handlungsempfehlungen:*

- a) Das Konzept von Palliative Care als interprofessionelle betroffenenorientierte Versorgung und als Modell für die allgemeine Gesundheitsversorgung muss weiter erforscht werden. Die Enquetekommission empfiehlt, hierzu entsprechende Förderprogramme einzurichten.*
- b) Die Enquetekommission empfiehlt, die bereits gesammelten Erfahrungen von Einrichtungen, die Ansätze der Palliativarbeit implementiert haben, wissenschaftlich auszuwerten, zu vergleichen und zu publizieren. Hierzu sollen entsprechende Forschungsprojekte generiert werden.*

Diese Handlungsempfehlungen werden auch in der Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzeption für Baden-Württemberg als wichtiges Ziel empfohlen. Forschungsprojekte sind notwendig für eine bedarfsgerechte und effiziente Versorgung, sowohl im Sinne eines needs assessments wie auch für die Entwicklung evidenzbasierter Versorgungsstandards.

#### **3.5.1 Belastungen am Arbeitsplatz**

- a) Die Enquetekommission empfiehlt den Arbeitgebern, ein betriebliches Gesundheitsmanagement zu implementieren. Dabei ist auf die individuellen Bedürfnisse und die individuelle Kompensation von psychischen Belastungen der Pflegekräfte einzugehen. In diesem Zusammenhang sollen Träger mehr und bessere Angebote zur Förderung der Gesundheit machen. Für kleinere Träger bieten sich beispielsweise Kooperationen mit Fitnesscentern, Sportvereinen, ErgotherapeutInnen und PhysiotherapeutInnen in der Umgebung an.*

Diese Empfehlung wird geteilt.

- b) Einrichtungen sollen mithilfe von Schulung und Weiterbildung der Führungskräfte zu einem wertschätzenden Umgang mit den Beschäftigten den Fokus auf ein ressourcenschonendes Personalmanagement legen. Ebenso sollen Vorgesetzte qualifiziert werden, Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikationen und Fähigkeiten einzusetzen und dadurch Überlastungen zu vermeiden. Es muss Wert darauf gelegt werden, Führungskräfte in Bezug auf eine Früherkennung beziehungsweise auf das Monitoring von Belastungsanzeichen zu qualifizieren. Hierzu müssen entsprechende Schulungs- und Weiterbildungsangebote ggf. im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements generiert werden.*
- c) Es wird empfohlen, Schulung und Weiterbildung der Pflegekräfte zum Umgang mit berufsbezogenen Belastungen zu betreiben. Hierbei kommt dem betrieblichen Gesundheitsmanagement eine wichtige Bedeutung zu. Es ist zu prüfen, ob entsprechende Schulungsmodule und geeignete Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements vorhanden sind. Falls dies nicht der Fall ist, müssen entsprechende Angebote entwickelt werden.*

Diese Empfehlungen werden begrüßt. Die Landesregierung kann jedoch nur an die Einrichtungen appellieren, die Empfehlungen umzusetzen.



d) *Der wichtigste Schlüssel zur Entlastung der professionell Pflegenden ist die Verteilung der Arbeit auf mehr Personal. Hierzu sieht die Enquetekommission die Notwendigkeit, die Personalausstattung durch verbindliche Festlegung (Akutpflege) oder Erhöhung (Altenpflege) der Personalrichtwerte zu verbessern und die Erhöhung mit einer entsprechenden Refinanzierung zu untermauern (mehr dazu im Abschnitt 3.5.3 „Personalschlüssel, Personalmix, Qualifikationsmix“).*

Auf die Ausführungen zu 3.5.3 wird verwiesen.

e) *Die Enquetekommission sieht den Bedarf, die Tätigkeiten in den Einrichtungen zielgerichteter zu verteilen, damit Pflegefachkräften mehr Zeit für die Pflegekernaufgaben haben. Dies kann erreicht werden, indem qualifizierte Personen in Service, Betreuung und Verwaltung unterstützend tätig werden und dies bei der Fachkraftquote nachvollzogen wird. Eine entsprechende Flexibilisierung sieht die Heimpersonalverordnung vor. Gleichzeitig legt sie „Vorbehaltsaufgaben“ für Pflegefachkräfte fest, damit gewährleistet ist, dass originäre Pflege-tätigkeiten nur von entsprechend qualifizierten Personen ausgeführt werden.*

Die Landesregierung teilt diese Auffassung und hat sie dem Modell in § 9 LPersVO zugrunde gelegt.

f) *Einrichtungen sollen Auszubildende entsprechend dem Ausbildungsauftrag einsetzen und nicht als „billige“ Pflegekräfte betrachten.*

Die Schule hat die Gesamtverantwortung für die Ausbildung. Sie hat darauf zu achten, dass die Einrichtungen die Auszubildenden in der praktischen Ausbildung entsprechend dem Ausbildungsvertrag einsetzen.

g) *Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, grundsätzlich auf das „Holen aus dem Frei“ zu verzichten. Es sollen alternative Möglichkeiten wie die Einrichtung eines Springerpools geprüft werden. Die Bereitschaft, bei Bedarf einen Dienst zu übernehmen, soll durch eine zusätzliche Vergütung oder mit mehr Freizeit durch Zeitbonus gewürdigt werden.*

h) *Einrichtungen sollen darauf achten, Überstunden durch gute Arbeitsorganisation, Dienstplanung und Vorhaltung ausreichender Personalressourcen eng zu begrenzen.*

i) *Supervisionen und Coaching für Pflegekräfte, um belastende Erfahrungen mit kranken und sterbenden Menschen verarbeiten zu können, sollen als Teil der Arbeit anerkannt werden. Außerbetriebliche Möglichkeiten, wie Therapieangebote für Menschen im Schichtdienst, sollen ausgebaut werden.*

j) *Da eine verbesserte Vereinbarkeit von Familie, Freunden und Freizeitgestaltung mit dem Beruf ebenfalls zu einer Entlastung der Pflegenden führen würde, regt die Enquetekommission an, die im Abschnitt 3.5.5 „Familie und Beruf“ abgegebenen Handlungsempfehlungen auch unter dem Aspekt der Verbesserung der psychischen Belastungssituation Pflegender zu betrachten und umzusetzen.*

Diese Empfehlungen werden geteilt.

a) *Pflegende sollen durch Schulungen und Weiterbildungen – beispielsweise im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements – dafür sensibilisiert werden, spezifische Techniken anzuwenden, welche die physischen Belastungen im Arbeitsalltag reduzieren. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, diese Techniken konsequent anzuwenden und Hilfsmittel wie z. B. Rutschbretter, Gleittücher, Drehteller usw. zu nutzen, um die physischen Belastungen zu reduzieren. Letztlich ist in diesem Zusammenhang auch an die Selbstdisziplin der Pflegenden zu appellieren, sich gerade in körperlich sehr belastenden Pflegesituationen, wie beispielsweise Transfers, nicht zu überlasten.*

Diese Empfehlung wird begrüßt.

b) *Einrichtungen sollen bei der Entwicklung und Implementierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements durch Land, Bund, Krankenkassen und Berufsgenossenschaften unterstützt werden.*

c) *Um die physischen Belastungen zu reduzieren, soll die Verwendung von technischen Hilfsmitteln in der Pflege weiterentwickelt werden. Servicerobotik könnte zukünftig eine unterstützende und entlastende Rolle einnehmen. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass die Pflegekräfte mehr Zeit für die Arbeit am Menschen haben. Hier sind Land, Bund, Krankenkassen und die Berufsgenossenschaften gefordert, geeignete Konzepte zu entwickeln und umzusetzen.*

Im Grundsatz wird diesen Empfehlungen zugestimmt. Die Landesregierung sieht in dem Einsatz auch von Servicerobotik als neuer Technologie ein noch nicht abschätzbares Potenzial für die Unterstützung der Arbeit der Pflegenden und der Erleichterung und Ermöglichung ihrer Arbeit. Die im Mai 2014 gestartete Landesinitiative „Smart Home & Living“ verfolgt für den Bereich Gesundheit und Pflege einen breiten Ansatz und bahnt Wege der Vermarktung smarter Technologien auch für assistierende Technologien in der häuslichen Versorgung an. Das Sozialministerium sowie Akut- und Pflegeeinrichtungen sind ständige Mitglieder dieser Landesinitiative. Die Landesregierung wird daher prüfen, ob Handlungsempfehlungen wie diese innerhalb der bestehenden Struktur der Landesinitiative umgesetzt werden können.

d) *Die Entwicklung und Unterstützung alters- und altersgerechter Arbeitsmodelle sollen gefördert werden, um alters- und altersgerechtes Arbeiten in den Einrichtungen zu ermöglichen. Die Enquetekommission empfiehlt, die Möglichkeit des Einsatzes älterer Pflegekräfte in körperlich geringer belastenden Tätigkeiten, wie z. B. als koordinierende Präsenzkkräfte, zu prüfen.*

Diese Empfehlung wird begrüßt. Das Land kann jedoch nur an die Einrichtungen appellieren, entsprechende alters- und altersgerechte Rahmenbedingungen für ihre Beschäftigten zu schaffen.

a) *Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, die derzeit erprobten Modelle zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation zu implementieren.*

Diese Handlungsempfehlung wird begrüßt. Allerdings obliegt es allein den Einrichtungen, zu entscheiden, ob das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation eingeführt werden soll. Auf Initiative des Sozialministeriums wurde ein Kooperationsgremium initiiert, um die Implementierung des Strukturmodells zu unterstützen und weiter voranzubringen. Vertreten sind die Verbände der Einrichtungsträger, Pflegekassen, das Kultusministerium, ein Vertreter der privaten Altenpflegesschulen und das Sozialministerium.

b) *Einrichtungen sollen ihre eigenen aktuellen bürokratischen Anforderungen und Vorgaben mit den tatsächlichen bundes- und landesgesetzlichen Vorgaben synchronisieren und selbstgesetzte Dokumentationspflichten hinterfragen.*

Diese Handlungsempfehlung wird begrüßt. Die Umsetzung obliegt allerdings ausschließlich den Einrichtungen. Sie werden bei der Umsetzung durch das vom Sozialministerium auf Landesebene initiierte Kooperationsgremium unterstützt.

*c) Der Landesregierung wird empfohlen zu prüfen, welche Auswirkungen Landesvorgaben auf den Dokumentationsaufwand der Einrichtungen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben und wie diese reduziert werden können.*

Die Pflegedokumentation dient der vollständigen Sammlung aller bewohnerrelevanten Daten und ist Grundlage der professionellen Pflege. Sie sichert den gleichen Informationsstand aller Pflegekräfte. Soweit die Enquetekommission der Landesregierung empfiehlt, zu prüfen, welche Auswirkungen Landesvorgaben auf den Dokumentationsaufwand der Einrichtungen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben, wird darauf verwiesen, dass ausschließlich die Einrichtungen entscheiden, welches Dokumentationssystem sie verwenden und es diesbezüglich keine ordnungsrechtlichen Vorgaben gibt. Die Ausführungen in der Orientierungshilfe für die Heimaufsichtsbehörden, welche Informationen im angewandten Dokumentationssystem erfasst werden müssen, werden bei der Aktualisierung der Orientierungshilfe differenziert im Hinblick auf Einrichtungen, die nach dem Strukturmodell zur Entbürokratisierung arbeiten oder ohne das Strukturmodell.

*d) Der Bundesregierung wird empfohlen zu prüfen, welche Auswirkungen Bundesvorgaben auf den Dokumentationsaufwand der Pflegenden haben und wie diese reduziert werden können.*

Die Bundesregierung hat mit dem Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflege einen Beitrag zur Reduzierung des Dokumentationsaufwands geleistet. Wie unter Punkt 3.5.1 c) erläutert, entscheiden aber ausschließlich die Einrichtungen, welches Dokumentationssystem sie verwenden.

*e) Die Enquetekommission empfiehlt, die Prüfungsbereiche des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und der Heimaufsicht klar voneinander abzugrenzen und Prüfungen besser aufeinander abzustimmen. Um eine deutlichere Entflechtung der Aufgaben von Heimaufsicht und MDK zu ermöglichen, regt die Enquetekommission eine Bundesratsinitiative durch das Land Baden-Württemberg an. Ziel soll eine stärkere Fokussierung des MDK auf Beratung und die Leistungsinhalte des SGB XI sein.*

Die Prüfaufträge des MDK einerseits und der Heimaufsicht andererseits unterscheiden sich grundlegend. Es handelt sich dabei um zwei eigenständige gesetzliche Grundlagen mit eigenen Schwerpunkten und unterschiedlichen Sanktionsmöglichkeiten. Der Prüfauftrag der Heimaufsicht nach § 17 i. V. m. §§ 20 ff. des WTPG für stationäre Einrichtungen besteht in der präventiven und konkret ordnungsrechtlichen Gefahrenabwehr und dient dem Bewohnerschutz. Die bundesweit einheitliche Qualitätsprüfung des MDK gem. § 114 SGB XI i. V. m. der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) für stationäre Einrichtungen dagegen besteht vornehmlich in der (vergleichenden) Überprüfung der leistungsrechtlichen Vereinbarungen. Die Prüfmethodik und Prüftiefe unterscheiden sich ebenfalls.

Die Heimaufsicht begutachtet unabhängig von statistischen Vorgaben und wählt die Bewohnerinnen und Bewohner eigenständig aus. Somit gelangen auch Risikopatienten in die Auswahl. Der MDK dagegen bezieht die Bewohnerinnen und Bewohner nach bundesweit geltenden Vorgaben in seine Stichprobe ein. Die Heimaufsicht überprüft Struktur- und Prozessqualität (bauliche Aspekte, Hygiene, Arzneimittelversorgung, freiheitsbeschränkende Maßnahmen etc.), während der MDK sich auf die Ergebnisqualität beschränkt. Die Heimaufsicht kann Mängel mit Belegungsstopp, Beschäftigungsverboten, Anordnungs- bzw. Untersagungsverfügungen oder Bußgeldern durchsetzen, die auch sofort greifen, während der MDK auf vertragsrechtliche Maßnahmen beschränkt ist. Die Form der Zusammenarbeit zwischen den drei Prüfinstitutionen Heimaufsicht, MDK und PKV-Prüfdienst regelt die aufgrund von § 25 Abs. 1 S. 3 WTPG geschlossene Vereinbarung über die Form der Zusammenarbeit, insbesondere über die Durchführung gemeinsamer Prüfungen und die Möglichkeiten einer Abstimmung bei der Bewertung von Sachverhalten vom 1. August 2015.

Soweit die Enquetekommission empfiehlt, mit einer Bundesratsinitiative die stärkere Fokussierung des MDK auf Beratung und die Leistungsinhalte des SGB XI zu erreichen, teilt die Landesregierung dies im Grundsatz. Zunächst sind aber die

durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) herbeigeführten Änderungen des Prüfverfahrens der MdK und die damit verbundene Änderung der QPR sowie deren Wirkungen abzuwarten.

*f) Die Enquetekommission empfiehlt, eine Innovationsoffensive „Pflege 2.0“ zu starten. Diese soll neue technische Möglichkeiten im Bereich Assistenzsysteme und Datenerfassung in allen Bereichen der Pflege fördern und in der Anwendung forcieren. Bevor Neuerungen in diesem Bereich zum Einsatz kommen, müssen die Beschäftigten ausreichend qualifiziert werden, um eine optimale Nutzung zu ermöglichen. Weiter wird empfohlen, die technischen Unterstützungssysteme mit passenden Schnittstellen zu MDK und Heimaufsicht zu entwickeln, um einen einfachen, zielgerichteten Datenaustausch zu ermöglichen. Die Erfahrungen aus bereits abgeschlossenen Modellprojekten im Bereich der Datenerfassung sind dabei einzubeziehen, und geeignete Modelle sind flächendeckend umzusetzen.*

Der Einsatz neuer Technologien aus dem Bereich Assistenzsysteme und Datenerfassung ist ein wichtiger Baustein für eine zeitgemäße Pflege. Die Landesregierung hat im Rahmen des „Innovationsprogramms Pflege“ und des Impulsprogramms „Medizin und Pflege“ entsprechende Projekte gefördert. Die Weiterführung und Implementierung der technischen Möglichkeiten in die Fläche ist zu begrüßen. Im Rahmen des „Innovationsprogramms Pflege“ kann auch der Einsatz neuer Technologien in Projekten zur Weiterentwicklung sozialraumorientierter und innovativer Versorgungsstrukturen Element einer Förderung sein.

*g) Träger und Ausbilder müssen darauf achten, dass Pflegekräfte in ihrer Ausbildung lernen, vorhandene Dokumentationssysteme sinnhaft und zielgerichtet anzuwenden.*

Dies ist bereits Inhalt der jetzigen Ausbildung und wird auch Inhalt der künftigen gemeinsamen Ausbildung sein.

### **3.5.2 Bezahlung**

*Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, eine Bundesratsinitiative einzubringen, die beinhaltet, dass*

*a) auch im Bereich des SGB V wie bereits im Bereich der Pflegekassen im SGB XI die tarifliche Bezahlung als wirtschaftliche Betriebsführung anerkannt werden muss,*

*b) sich die Zahlung von Tariflöhnen bei einem entsprechenden Nachweis auch tatsächlich in den Pflegesätzen widerspiegelt,*

*c) eine an den Tariflohn angelehnte Vergütung als Voraussetzung für Versorgungsverträge angeregt wird.*

Im Rahmen des Runden Tisches zur Häuslichen Krankenpflege wurde durch das Sozialministerium bereits versucht, Tarifsteigerungen in der Vergütung besser zu berücksichtigen, was bislang jedoch nicht gelang, da die Leistungserbringer die geforderte Transparenz noch nicht hergestellt haben.

Aus Sicht des Sozialministeriums liegt es mit Blick auf diese Historie und die aktuelle Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 23. Juni 2016 (B 3 KR 26/15 R) in der Verantwortung der Leistungserbringer, den damals begonnenen Dialog wieder aufzunehmen. Nach diesem Urteil ist eine Zahlung von Tariflöhnen in der Häuslichen Krankenpflege nicht unwirtschaftlich. Dies gilt allerdings nur dann, wenn die Pflegedienste tatsächlich nach Tarif bezahlen und sonst keine Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind. Die Pflegedienste müssen diese und weitere Kosten konkret nachweisen, wozu nach Auffassung des BSG die Betriebs- und Kostenstruktur einer repräsentativen Anzahl von Einrichtungen offengelegt werden muss. Laut BSG reicht es gerade nicht aus, nur allgemein auf Tarif-

lohn- oder andere Kostensteigerungen hinzuweisen, wie dies von einigen Leistungserbringern in Baden-Württemberg gehandhabt wurde.

Eine Bundesratsinitiative mit dem Ziel der besseren Berücksichtigung von Tariflöhnen scheint mit Blick auf das Urteil des BSG und die Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit zu dieser Frage derzeit nicht angezeigt.

### **3.5.3 Personalschlüssel, Personalmix, Qualifikationsmix**

*Mehr Personal ist eine wichtige Voraussetzung für eine bessere Pflege und hätte eine Entlastung der Pflegekräfte zur Folge. Daher muss die Personalausstattung durch eine Anpassung der Personalrichtwerte verbessert werden.*

*Die Anpassung der Personalschlüssel muss dabei differenziert nach Art der Pflegeeinrichtungen und entlang der jeweiligen Pflegestufen (ab 1. Januar 2017 Pflegegrade) erfolgen. Die Träger müssen in die Lage versetzt werden, ausreichend Personal einzustellen und dieses refinanziert zu bekommen. Es muss eine flexible Zusammenstellung professioneller Fachkräfte nach dem Fachkräftekatalog des Sozialministeriums ermöglicht werden.*

*Zudem soll geprüft werden, inwieweit eine verbindliche gesetzliche Festlegung der Personalrichtwerte anstelle einer Aushandlung durch die Rahmenvertragspartner umsetzbar ist.*

Die Landesregierung teilt die Einschätzung der Enquetekommission, dass ausreichendes Personal eine wichtige Voraussetzung für eine gute Pflege ist. Die Frage der Personalausstattung und Personalrichtwerte ist jedoch eine Selbstverwaltungsaufgabe der Vertragsparteien nach dem SGB XI.

Die Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI für Baden-Württemberg hat insbesondere hierzu Folgendes mitgeteilt:

„Die Ausführungen im Bericht der Enquetekommission zu den geltenden Personalschlüsseln sind weiter in Bearbeitung. Die personellen Rahmenbedingungen der vollstationären Pflege in Baden-Württemberg wurden mit Wirkung zum 1. April 2016 und zum 1. Januar 2017 weiterentwickelt und verbessert. Dies im Hinblick auf verbesserte Personalschlüssel, Neuerungen zur Weiterentwicklung der Qualität, einem flexibilisierten Einsatz von Kräften sowie Regelungen zur Transparenz. Im Ergebnis ein Kompromiss für die Vertragspartner des Rahmenvertrages, aber der richtige Weg für eine gesicherte hochwertige Pflegezukunft.“

Die Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz und die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit fünf Pflegegraden ab 1. Januar 2017 erfordern es, die Landesrahmenverträge an die gesetzlichen Änderungen anzupassen und neu zu verhandeln. Inzwischen laufen die Verhandlungen auch direkt nach der Anpassung der personellen Rahmenbedingungen bereits weiter, um die Umsetzung des Pflegestärkungsgesetzes II zum 1. Januar 2017 sowie weiterer Gesetze (bspw. das Hospiz- und Palliativgesetz) vorzunehmen.

Die Pflegesatzkommission stationär versteht sich dabei als Verantwortung zeigende und übernehmende und im Pflegeweiterentwicklungsgeschehen maßgeblich beteiligte Akteurin. Vor dem Hintergrund des nun bereits laufenden Verhandlungs- und Entscheidungsprozesses erachtet die Pflegesatzkommission stationär eine detaillierte Stellungnahme zu den Handlungsempfehlungen zum jetzigen Zeitpunkt als nicht zielführend.“

*Die Enquetekommission empfiehlt der Bundesregierung zu prüfen, in welchem Rahmen eine verbindliche gesetzliche Festlegung der Personalrichtwerte in der stationären Krankenpflege erfolgen kann. Als kurzfristige Maßnahme soll umgehend ein Sonderprogramm eingerichtet werden, das sich mindestens an der Größenordnung der 1997 abgeschafften Pflegepersonalregelung orientiert. Langfristig ist die Einführung eines eigenen Kostengewichts Pflege im DRG-System vorstellbar. Dieses künftige System muss über das vorhandene DRG-System oder über ein neues System refinanziert werden können. Es soll geprüft werden, welches System der Personalbemessung geeignet ist. Weitere Handlungsempfehlungen zum Thema Akutversorgung befinden sich in Abschnitt 3.2.3 „Krankenhaus“.*

Das zum 1. Januar 2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sieht Verbesserungen hinsichtlich der Refinanzierung der Personalkosten vor, die sich ab dem Jahr 2017 auswirken werden.

Konkrete Ansätze hinsichtlich der Personalkosten insbesondere in der Pflege sind insbesondere ein Pflegezuschlag (Mittelvolumen pro Jahr 500 Mio. Euro) ab 2017, der nach Pflegepersonalkosten verteilt wird, die anteilige Refinanzierung von Tarifsteigerungen, und das Pflegestellenförderprogramm (110 Mio. Euro 2016, 220 Mio. Euro 2017; 330 Mio. Euro 2018).

Eine Expertenkommission beim Bundesministerium für Gesundheit hat den Auftrag, bis 31. Dezember 2017 Vorschläge zu erarbeiten, wie die zusätzlichen Finanzmittel des Pflegestellen-Förderprogramms dem Krankenhausbereich zur Förderung der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung dauerhaft zur Verfügung gestellt werden können.

Die Landesregierung ist deshalb der Auffassung, dass die konkreten Auswirkungen der Zuschläge und die Ergebnisse der Expertenkommission entsprechend beobachtet und bewertet werden sollten. Darüber hinaus wird sie sich für eine Weiterentwicklung des Vergütungssystems zur flächendeckenden Sicherstellung der Krankenhausversorgung einsetzen, mit besonderem Augenmerk auf einer Überprüfung der Fallpauschalen und dem Ziel einer besseren Abbildung der Personalkosten im Pflegebereich.

*Aufgaben sollten zwischen den Akteuren im Pflegesetting zukünftig entsprechend der Kompetenzen verteilt werden, um Überlastungen entgegenzuwirken und die Fachlichkeit der Beteiligten gezielt zu nutzen. Die Enquetekommission empfiehlt daher:*

*a) die Entwicklung einer beruferechtlichen Definition der Kompetenzprofile für die einzelnen Ausbildungsgrade (berufliche und akademische Ausbildungen) der Pflegeberufe. In den Kompetenzprofilen müssen die unterschiedlichen Fähigkeiten und Befugnisse ersichtlich werden. Diese müssen mit den entsprechenden Ausbildungszielen abgestimmt sein. Aus den verschiedenen Qualifikationsabstufungen folgt, dass auch verschiedene Ebenen von Handlungsautonomie gegeben sein müssen. Weitere Ausführungen hierzu im Abschnitt 3.6.9 „Handlungsautonomie“;*

Die Landesregierung unterstützt sowohl die berufsrechtliche Verankerung der Kompetenzprofile als auch die Verankerung der Kompetenzprofile in den Ausbildungsordnungen der einzelnen Ausbildungsgrade (berufliche und akademische Ausbildung) der Pflegeberufe. Die Relevanz dieses Themas wird in naher Zukunft noch deutlich steigen, nachdem die ersten Modellstudiengänge existieren und ein Projekt zum Thema Kompetenzübertragung auf akademische Pflegeberufe angestoßen wurde.

*b) bei der Konzeption der zukünftigen Ausbildung darauf zu achten, dass diese die Kompetenzen der Fachkräfte stärkt und Fachkräfte insbesondere die Aspekte des Wissenstransfers und der Prozesssteuerung erlernen. Weitere Ausführungen hierzu im Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“;*

Aus Sicht der Landesregierung gehört die Zukunft der Pflege in die Hände von multiprofessionellen Teams. Der Erwerb der Kompetenz zum Wissenstransfer und zur Prozesssteuerung bereits in der Ausbildung ist für die Arbeit in solchen Teams aus Sicht des Ministeriums für Soziales und Integration zwingende Voraussetzung. Im Entwurf des Gesetzes für die gemeinsame Pflegeausbildung ist erstmals die Regelung sogenannter vorbehaltener Tätigkeiten vorgesehen.

*c) die stärkere Einbeziehung des sozialen Umfelds und von bürgerschaftlich Engagierten. Dies trägt ebenfalls zu einer höheren Qualität in Pflegeeinrichtungen bei. Weitere Ausführungen hierzu im Kapitel 3.3 „Lebensgestaltung bei Pflege- und Unterstützungsbedarf“.*

Auf die Ausführungen in 3.3. wird verwiesen.

*Die Enquetekommission regt an, bereits vorhandene Instrumente zur interdisziplinären Zusammenarbeit, wie interdisziplinäre Fallbesprechungen oder die Entwicklung interdisziplinärer Leitlinien und Standards, verstärkt zu nutzen, um die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen zu verbessern.*

Die Anregung der Enquetekommission wird geteilt.

### **3.5.4 Fachkraftquote**

*a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die neue Landesheimpersonalverordnung bis Ende 2018 zu evaluieren und dabei die Ergebnisse des Modellprojekts des Sozialministeriums Baden-Württemberg zur Fachkraftquote in der Langzeitpflege zu berücksichtigen.*

Die Landesregierung fördert im Rahmen des „Innovationsprogramms Pflege“ mit Projektbeginn 1. Januar 2015 ein auf drei Jahre angelegtes Forschungsprojekt zum Thema „Multiprofessioneller Pflegemix in der Langzeitpflege“.

Anlass sind die enormen Herausforderungen, vor denen die stationäre Langzeitpflege angesichts des deutlich angestiegenen Anteils von Menschen mit Demenz auf der einen Seite, der zunehmenden Zahl von Menschen mit schweren, mehrfachen und chronischen Erkrankungen und mit einem entsprechend hohen medizinischen Versorgungsbedarf auf der anderen Seite. Vor dem Hintergrund der oben dargestellten Herausforderungen geht es bei dem Forschungsprojekt „Multiprofessioneller Pflegemix in der Langzeitpflege“ um die grundlegende Frage, wie der Personalmix so gestaltet werden kann, dass sowohl die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner erhöht werden kann als auch darauf abgestimmte Kompetenzen in einem Personalmix abgebildet werden.

Eine Abschlussveranstaltung ist für Anfang 2018 ins Auge gefasst. Wir erwarten einerseits Aufschlüsse hinsichtlich neuer Möglichkeiten, die Abläufe in den gegebenen Rahmenbedingungen hinsichtlich des Personalmix vielfältig zu gestalten. Andererseits erwarten wir auch Hinweise auf Handlungsansätze für relevante heimrechtliche Fragestellungen der Zukunft wie beispielsweise eine mögliche Weiterentwicklung von Verordnungen und Anhaltzahlen zum Personaleinsatz.

Die neue LPersVO wird – wie jede Neuregelung – einer laufenden Prüfung auf ihre Wirksamkeit und etwaigen Nachjustierungsbedarf hin unterzogen. Einer gesonderten wissenschaftlichen Evaluation bedarf es vor diesem Hintergrund aus Sicht der Landesregierung nicht. Erkenntnisse aus dem Modellprojekt des Sozialministeriums „Multiprofessioneller Personalmix in der Langzeitpflege“ sind bereits in die LPersVO eingeflossen und werden weiterhin berücksichtigt. § 9 LPersVO sieht eine Alternative zum herkömmlichen Fachkraftmodell des § 8 LPersVO vor und flexibilisiert den Personaleinsatz und Personalmix in stationären Einrichtungen weiter.

*b) Die Enquetekommission empfiehlt ein Forschungsprojekt, das Möglichkeiten erarbeiten soll, den Fachkräfteeinsatz analog zum ambulanten Bereich bewohnerbezogen und nach dem jeweiligen Pflege- und Unterstützungsbedarf und nicht nach rein quantitativen Gesichtspunkten zu gestalten.*

Im Rahmen des „Innovationsprogramms Pflege“ wird bereits das unter a) beschriebene Modellprojekt durchgeführt.

### **3.5.5 Familie und Beruf**

*a) Die Enquetekommission fordert die Landesregierung auf, aktiv Best-Practice-Beispiele für familienfreundliche Arbeitsplätze in der Pflege in Baden-Württemberg zu identifizieren und diese zu bewerben.*

*b) Arbeits- und Aufgabenmodelle müssen flexibler werden. Belastende Faktoren des Pflegeberufs wie eine schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch aufgrund des Schichtdienstes sowie die körperlich anstrengenden Arbeiten können abgemildert werden, wenn Arbeitsmodelle lebensphasengerecht ge-*

staltet werden. Es muss altersgerechte Arbeitsplätze mit einer geringeren körperlichen Belastung ebenso geben wie Modelle für Arbeitskräfte in der Familiengründungsphase. Darüber hinaus müssen Möglichkeiten wie Arbeitszeitkonten und lebenszyklusorientierte Personalarbeit diskutiert werden.

- c) Die Pflegedienst- und Wohnbereichsleitungen müssen für die Verlässlichkeit der Dienstpläne sorgen. Oft müssen Pflegekräfte an ihren freien Tagen einspringen, damit die Personalvorgaben eingehalten werden können. Diese Situation führt dazu, dass eine Abgrenzung von der Arbeit schwieriger wird. Außerdem wird eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf so auf unzumutbare Weise erschwert. Hierbei können innovative Ansätze zur Dienstplangestaltung etwa durch Hinzuziehung neuer Kommunikationsmedien hilfreich sein.
- d) Durch die Vorhaltung ausreichender Personalressourcen und die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Konzepten soll das „Holen aus dem Frei“ verhindert werden. Dabei sind insbesondere Beschäftigte mit betreuungsbedürftigen Kindern oder Angehörigen mit Pflegebedarf in den Blick zu nehmen. Einrichtungen könnten beispielsweise Springerpools schaffen und die Bereitschaft zur Teilnahme daran durch eine zusätzliche Vergütung würdigen.
- e) Durch gute Arbeitsorganisation, Dienstplanung und Vorhaltung ausreichender Personalressourcen sollen Überstunden eng begrenzt werden.
- f) Die Enquetekommission regt bei den Kommunen des Landes die Schaffung und Erweiterung von Kinderbetreuungsangeboten an, die den Bedarfen des Schichtdienstes gerecht werden. Das können beispielsweise erweiterte Öffnungszeiten in Kinderhäusern für Kinder der Altersstufen von 0 bis 14 Jahre sein.
- g) Die Enquetekommission regt den Ausbau von 24-Stunden-Kindertagesstätten an. Pflegeeinrichtungen können zur Schaffung von gemeinsamen Kinderbetreuungsangeboten kooperieren und dadurch Synergieeffekte erzielen.

Diese Empfehlungen beschreiben umfassend die Problematik zu den Themenfeldern familienfreundliche Arbeitszeiten, flexible bzw. lebensphasenorientierte Arbeitszeitmodelle, Verlässlichkeit von Dienstplänen, Verminderung von Überstunden, Wochenend- und Feiertagsdiensten, Schichtdienste etc. und fordern den weiteren Ausbau von Kindertagesstätten sowie 24-Stunden-Kitas ein.

Die Forderungen dieser Handlungsempfehlungen werden von der Landesregierung grundsätzlich begrüßt. Nachdem die Ausgestaltung von familienfreundlichen Arbeitsplätzen in der originären Verantwortung des jeweiligen Unternehmens liegt, sieht die Landesregierung keine Notwendigkeit, aktiv Best-Practice-Beispiele für familienfreundliche Arbeitsplätzen in der Pflege in Baden-Württemberg zu identifizieren und diese zu bewerben.

Im Rahmen des Bundesprogramms „KitaPlus: Weil gute Betreuung keine Frage der Uhrzeit ist“ fördert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erweiterte Betreuungszeiten in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege.

- h) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Dienstbesetzungsvorgaben seitens der Behörden im Hinblick auf Flexibilisierungsmöglichkeiten der Arbeitszeiten unter Berücksichtigung des Bedarfs der Menschen mit Pflegebedarf kritisch zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Nachdem die in der Landesverwaltung bestehenden Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Arbeitszeitmodellen sehr flexibel und lebensphasenorientiert ausgestaltet sind, besteht derzeit kein weiterer Handlungsbedarf.

- i) Es müssen Strategien entwickelt werden, die es besonders kleinen Betriebseinheiten ermöglichen, kurzfristige Personalengpässe durch externes Personal abzufedern.

Diese Empfehlung wird begrüßt, liegt jedoch in der Verantwortung jedes einzelnen Unternehmens.



- a) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, Teilzeit durch unterschiedliche Arbeitszeitmodelle zu ermöglichen. Hierzu sind passgenaue Teilzeitmodelle im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten und der gesetzlichen Rahmenbedingungen zu entwickeln. Den individuellen Wünschen der Pflegekräfte ist dabei Rechnung zu tragen. Es ist insbesondere darauf zu achten, dass Arbeitszeitmodelle so gestaltet sind, dass Beschäftigte nach einer freiwilligen Teilzeit die Möglichkeit erhalten, in eine Vollzeitbeschäftigung zurückzukehren. Einrichtungen sollen für Personen, die ganzzeitig arbeiten wollen, Vollzeitstellen anbieten.
- b) Einrichtungen sollen offensiv Vollzeitstellen bewerben, Hindernisse für Vollzeitarbeit identifizieren und passende Lösungen zur Erhöhung der Arbeitszeit anbieten, soweit dies mit den betrieblichen Erfordernissen in Übereinstimmung zu bringen ist.

Diese Empfehlungen werden begrüßt, deren Umsetzung liegt jedoch in der originären Verantwortung jeder einzelnen Einrichtung.

- c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, Beratungsangebote für den Wiedereinstieg in die Pflegeberufe auszubauen. Weitere Ausführungen hierzu im Abschnitt 3.6.1 „Attraktivität der Ausbildung“.

Die Träger und Berufsverbände bieten, teilweise im Verbund, verstärkt Wiedereinsteigerprojekte an.

*Es müssen Wege gefunden werden, die nicht existenzsichernde und illegale Beschäftigung in legale und existenzsichernde Arbeitsverhältnisse umwandeln. Hierbei sind die arbeitsrechtlichen Vorgaben zu beachten.*

- a) Die Bundesregierung soll Modelle zur Förderung von 24-Stunden-Betreuungen prüfen.

Diese Empfehlung richtet sich direkt an den Bund.

- b) Weiter wird die Einrichtung beziehungsweise Förderung von Beratungsstellen empfohlen, in denen sich zum einen ausländische Betreuungskräfte über ihre Rechte informieren können und zum anderen Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige über rechtssichere Beschäftigungsverhältnisse in der 24-Stunden-Betreuung beraten lassen können. Die zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit soll Unterstützung bei arbeits(vertrags)rechtlichen Fragen für haushaltsnahe Dienstleistungen bieten.

Der Internationale Personalservice der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit (ZAV) vermittelt Haushaltshilfen aus dem europäischen Ausland an Privathaushalte mit betreuungsbedürftigen Personen. In einer entsprechenden Broschüre informiert die ZAV ausführlich darüber, was bei Abschluss eines Arbeitsvertrages beachtet werden muss. Eine darüber hinausgehende arbeits- bzw. steuerrechtliche Beratung im Einzelfall ist der ZAV nicht möglich.

In Baden-Württemberg existiert mit Standort in Stuttgart die Beratungsstelle „Faire Mobilität“ des dgb. Sie bietet – unabhängig von einer dgb-Mitgliedschaft – eine erste kostenlose arbeits- und sozialrechtliche Beratung für mobile Beschäftigte aller Branchen durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die neben Englisch und Deutsch mindestens eine der Sprachen Mittel- und Osteuropas beherrschen. Jede Beratungsstelle hat zudem einen branchenspezifischen Kompetenzschwerpunkt. Diese Beratungsstelle gilt es zu erhalten und ggf. auf weitere Standorte auszubauen.

- c) *Der Bundes- und der Landesregierung wird empfohlen, ordnungsrechtliche Mittel auszuschöpfen und die Verfolgungsbehörden mit den erforderlichen personellen Mitteln auszustatten.*

Aus Sicht der Landesregierung besteht derzeit kein Handlungsbedarf.

*Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „24-Stunden-Betreuung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.5.5 „Familie und Beruf“*

*Wir fordern, dass sich das Land Baden-Württemberg auf für die bessere gesetzliche und sozialrechtliche Absicherung der 24-Stunden-Hausbetreuung durch externe Betreuungskräfte einsetzt unter Einbindungen der Erfahrungen, die dazu in der Republik Österreich vorliegen, und ein Modellprojekt auflegt.*

*Mit dem Ziel der sozialraumorientierten und innovativen Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen fördert das Land bereits gegenwärtig im Innovationsprogramm Pflege das Projekt „Ambulante rund um die Uhr Betreuung für pflegebedürftige Menschen im Landkreis Karlsruhe“.*

### **3.5.6 Pflegekräfte mit Migrationshintergrund**

- a) *Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, ein Sonderprogramm „Berufliche Zukunft in der Pflege“ mit besonderem Schwerpunkt von Menschen mit Migrations- oder Flüchtlingshintergrund durchzuführen. Dabei sollen insbesondere die beruflichen und fachlichen Kenntnisse und das Interesse erfasst und schneller anerkannt sowie Wege der Ausbildung und Berufstätigkeit im Bereich der Pflege aufgezeigt werden.*

Ein solches Sonderprogramm im Sinne einer Vernetzung bestehender Angebote und Ergänzung wird von der Landesregierung wie auch verbandsseitig befürwortet. Es gibt in Baden-Württemberg bereits verschiedene an Menschen mit Migrations- und Flüchtlingshintergrund adressierte Projekte im Pflegebereich und Förderprogramme des Landes (z. B. die zweijährige Altenpflegehilfeausbildung mit intensiver Deutschförderung und das Projekt der Türkischen Gemeinde zur kultursensiblen Altenpflegeausbildung), die unter ein größeres Dach gestellt und durch andere Ansätze ergänzen werden könnten.

- b) *Davon losgelöst empfiehlt die Enquetekommission, die Rekrutierung zukünftiger Pflegekräfte unter jungen Menschen mit Migrationshintergrund weiterzuentwickeln. Der 10jährige Schulabschluss muss das Zugangskriterium zum Pflegeberuf bleiben. Hauptschülern muss es jedoch ermöglicht werden, sich durch eine modulare Ausbildung zu Fachkräften zu qualifizieren. Migrantenverbände können eingebunden werden, um verstärkt für die Pflegeberufe zu werben.*

Die Landesregierung setzt ihre Aktivitäten fort, junge Menschen mit Migrationshintergrund für die Pflege zu werben und passende Ausbildungsangebote zu entwickeln. Die schulischen Zugangsvoraussetzungen zur Pflegeausbildung sind in den Pflegeberufsgesetzen geregelt. Hauptschüler haben über den Weg der Pflegehelferausbildung die Möglichkeit eine Pflegefachkraftausbildung anzuschließen.

- c) *Einrichtungen sollen zukünftig vermehrt Wert auf die kultursensible Führung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern legen. Hierzu sollen entsprechende Schulungen von Führungskräften durchgeführt werden. Eine Förderung von Migrantinnen und Migranten bei der Besetzung von Führungspositionen, sofern gleiche Qualifikation vorliegt, ist zu befürworten.*

Dieser Appell an die Einrichtungsträger, die die Personalverantwortung tragen, wird unterstützt.

### **3.5.7 Ausländische Betreuungskräfte**

- a) *Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Durchführung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsabschlüsse noch weiter zu beschleunigen.*

Die Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ist und bleibt Ziel verschiedener Maßnahmen der Landesregierung. So wurden bereits durch Bündelung der Zuständigkeit für die Anerkennung aller Gesundheits- und Pflegeberufe beim Regierungspräsidium Stuttgart Synergieeffekte erzielt. Außerdem hat im Januar 2016 die gemeinsame Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe bei der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB) ihre Arbeit aufgenommen. Dadurch ist eine Entlastung der Anerkennungsbehörde zu erwarten.

- b) *Sprachkurse vor dem ersten Einsatz in den Einrichtungen sowie eine verbindliche Festlegung des erforderlichen Sprachniveaus müssen unbedingt beachtet werden. Hierbei könnten Programme, die Pflegenden beim Erwerb des erforderlichen sprachlichen Niveaus unterstützen, über die regionalen Arbeitsagenturen angestrebt werden.*

Das für die Berufserlaubnis erforderliche Sprachniveau bei Pflegefachkräften und anerkannten Pflegehelfern wurde verbindlich festgelegt. Es besteht rechtlich keine Möglichkeit, auch von ungelernten Hilfskräften in der Pflege Sprachkenntnisse oder Sprachkurse zu verlangen. Sprachförderprogramme werden von verschiedenen Seiten angeboten. Die Bundesagentur für Arbeit hat darauf hingewiesen, dass für die Sprachförderung Drittstaatsangehöriger vorrangig die Angebote des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge zur Verfügung stehen, während die regionalen Arbeitsagenturen nur unter bestimmten Voraussetzungen die Vermittlung berufsbezogener Deutschkenntnisse fördern können.

- c) *Die Enquetekommission legt den Einrichtungen nahe, Konzepte für eine Willkommenskultur, d. h. eine aktive Begleitung in der Anfangszeit, zu erarbeiten und umzusetzen.*

Diese Empfehlung wird unterstützt. Die örtlichen Agenturen für Arbeit sensibilisieren Arbeitgeber im Rahmen von Beratungen und Informationsveranstaltungen über die Bedeutung einer begleitenden Willkommenskultur bei Rekrutierungen aus dem Ausland. Auch die Verbände unterstützen die Einrichtungen bei der Erstellung entsprechender Konzepte.

### **3.6.1 Attraktivität der Ausbildung**

- a) *Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die curriculare Verankerung von Sozialpraktika in geeigneter Form an weiterführenden Schulen.*

Dies erfolgt bereits im Rahmen des Prozesses der Beruflichen Orientierung.

- b) *Es sind spezielle Beratungsangebote zu schaffen, welche die Pflegeberufe für Menschen, die über einen Wiedereinstieg in den Beruf oder über einen Wechsel aus einem anderen Berufsfeld nachdenken, als geeignete Option darstellen. Es wird beispielsweise eine Orientierung an den Kontaktstellen Frau und Beruf angeregt.*

Zur Vermeidung von Doppelstrukturen könnten auch bestehende (bekannte) Beratungsangebote genutzt werden. Neben den regionalen zwölf Kontaktstellen Frau und Beruf ist dies vor allem die Berufsberatung der Arbeitsagenturen und Jobcenter. Diese sind für eine Beratung in Richtung Pflegeberufe sensibilisiert, wenn die Bewerberin oder der Bewerber ein soziales Interesse erkennen lassen. Ebenso können sich Interessierte bei den Pflegeschulen und Einrichtungen informieren.

*c) Das Angebot an Teilzeitausbildungen soll ausgeweitet werden.*

Hier ist die Landesregierung bereits aktiv. Es gibt bereits Teilzeitausbildungen in der Altenpflege(-hilfe). Ein bedarfsgerechter Ausbau ist jederzeit möglich, aktuell ist jedoch die Nachfrage von Seiten der Praxiseinrichtungen gering.

*d) Die Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund sollen ausgebaut werden.*

Diese Empfehlung wird unterstützt. Für Personen mit geringen Deutschkenntnissen wurde eine zweijährige Altenpflegehilfeausbildung konzipiert, die neben den fachlichen Inhalten, intensiv die Förderung der deutschen Sprachkenntnisse in den Blick nimmt. Erfahrungen mit der neuen Ausbildung zeigen, dass neben der intensiven Förderung der deutschen Sprachkenntnisse eine engere Begleitung notwendig ist, deren Kosten eingeplant werden müssen.

*e) Menschen mit Hauptschulabschluss sollen als Zielgruppe für einen Einstieg über die Assistenzberufe gezielter angesprochen und auf die Entwicklungschancen in diesem Berufsfeld hingewiesen werden.*

Die Pflegeschulen und Agenturen für Arbeit sind hier bereits aktiv: Die Pflegeschulen stehen in Kontakt mit den umliegenden Hauptschulen, laden zu „Tagen der offenen Tür“ mit praktischen Pflegeangeboten bzw. Vorführungen ein und präsentieren sich auf regionalen Ausbildungsmessen. Personen mit Hauptschulabschluss werden im Rahmen der Beratungsgespräche durch die Berufsberaterinnen und Berufsberater der Agenturen für Arbeit gezielt auf Pflegeberufe angesprochen.

*f) Die Kooperation zwischen Ausbildungsträgern und örtlichen Arbeitsagenturen sollen gestärkt, neue lokale Bündnisse für Pflege sollen etabliert oder bestehende gefördert werden.*

Diese Empfehlung wird von der Landesregierung sowie von der Bundesagentur für Arbeit und den Verbänden befürwortet. Bereits heute gibt es viele regionale Netzwerke zu Pflegeberufen, die sich u. a. die Sicherung des Fachkräftenachwuchses zum Auftrag gemacht haben. Eine Internet-Plattform, die die Netzwerkarbeit in den Regionen Baden-Württembergs abbildet, ist der Arbeitsmarktmonitor der Bundesagentur für Arbeit.

*g) Die Enquetekommission empfiehlt, bestehende Berufsbilder zu überprüfen und gegebenenfalls ein neues Berufsbild, das einen ganzheitlichen Unterstützungsansatz für Menschen mit Pflegebedarf als Leitbild hat, zu entwickeln.*

Eine Überprüfung bestehender Berufsbilder erfolgt regelmäßig. Mit der Ausbildung Alltagsbetreuung erproben Kultusministerium und Sozialministerium bspw. ein neues Berufsbild, das die Alltagsunterstützung von Menschen mit Hilfebedarf, sei es in Einrichtungen der Altenhilfe, Eingliederungshilfe, Krankenhäusern oder in der eigenen Häuslichkeit zum Leitbild hat.

*h) Das Bewusstsein für die Bedeutung der Hauswirtschaft soll verbessert werden. Die Enquetekommission begrüßt den dazu eingeschlagenen Weg, den Beruf (Fach-)Hauswirtschaftlerin beziehungsweise Hauswirtschaftler entsprechend dem Entwurf der Landesheimpersonalverordnung als Fachkraft anzuerkennen.*

Diese Empfehlung wird zugestimmt, sie ist seit längerem Ziel der Landesregierung: Die LPersVO betont die Fachlichkeit der Hauswirtschaft. Gemäß § 13 LPersVO sollen in stationären Einrichtungen mit mehr als 30 Bewohnerinnen und Bewohnern Fachkräfte mit entsprechender beruflicher Qualifizierung im Bereich der Hauswirtschaft eingesetzt werden.

a) Die Enquetekommission empfiehlt dem Bund, bei der Ausgestaltung der generalistischen Ausbildung die horizontale Durchlässigkeit und damit den Zugang zu unterschiedlichen Arbeitsfeldern in der Pflege umfangreich sicherzustellen.

Die gemeinsame Ausbildung verbessert die horizontale Durchlässigkeit zwischen den Arbeitsfeldern in der Pflege gegenüber dem status quo.

b) Die Einrichtungen sollen die vertikale Durchlässigkeit in den Pflegefachberufen ermöglichen. Dazu kommen insbesondere folgende Aspekte in Frage:

- Personalmanagement (Planung und Entwicklung)
- Ermöglichung von Fort- und Weiterbildung (im Sinne der Landesheimpersonalverordnung und des Landesbildungszeitgesetzes)
- Niedrige Zugangsschwelle
- Aufstiegsmöglichkeiten und -perspektiven schaffen
- Fachkarrieren ermöglichen
- Duale Studiengänge

Die an die Einrichtungen gerichtete Empfehlung wird sehr befürwortet. Personalentwicklungskonzepte mit Fortbildungen und Aufstiegsperspektiven machen Arbeitgeber und die Tätigkeit in der Pflege attraktiver.

c) Die Enquetekommission empfiehlt dem Land, bei den Hochschulen anzuregen, dass beispielsweise durch Anrechnungsmöglichkeiten von Ausbildungsinhalten auf akademische Aufbaustudiengänge mehr vertikale Durchlässigkeit geschaffen wird.

Durch verschiedene Studienmodelle der Hochschulen wird im Rahmen der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe diesem Anliegen der Enquetekommission bereits entsprochen. Die geförderten Studienmodelle reichen von primär-qualifizierenden Modellen über ausbildungsintegrierende Modelle bis hin zu einem Studienmodell, das bereits examinierten Pflegefachkräften die Möglichkeit bietet, sich über ein Anrechnungsverfahren für einen berufsbegleitenden Bachelorstudiengang zu bewerben. Darüber hinaus wurde das Thema der vertikalen Durchlässigkeit mit den Hochschulen wiederholt erörtert.

d) Die Einrichtungen sollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Assistenzberufen beim Aufstieg zur Pflegefachkraft unterstützen. Dazu soll auch die berufsbegleitende Ausbildung ermöglicht werden.

Die Einrichtungen haben ein sehr großes eigenes Interesse daran, bewährte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Assistenzberufen beim Aufstieg zur Pflegefachkraft zu unterstützen, da im Bereich der Fachkräfte die Personalsituation sehr viel angespannter ist als im Bereich der Helfer. Berufsbegleitende Ausbildung ist im Zusammenhang mit einer sog. WeGebAU-Förderung durch die Agenturen für Arbeit möglich oder als Teilzeitausbildung.

Generell zu den Fragen, die die geplante gemeinsame Pflegeausbildung betreffen: Die Gesetzgebungskompetenz für das neue Pflegeberufsbesetz und die zugehörige Ausbildungs- und Prüfungsordnung liegt beim Bund. Die Länder haben über den Bundesrat ca. 100 Änderungsvorschläge eingebracht, die sich aber nicht gegen das Reformvorhaben an sich richten, sondern gegen Einzelheiten der Ausgestaltung.

a) Die Zuständigkeit für die Pflegeausbildung soll auf Landesebene in einem Ministerium gebündelt werden.

Die Zusammenarbeit zwischen Kultusministerium und Sozialministerium im Bereich der Pflegeausbildung ist gut und kann aus Sicht der beiden Ministerien fortgesetzt werden. Auch in den meisten anderen Bundesländern gibt es hier verteilte Zuständigkeiten. Die derzeitigen Zuständigkeiten könnten auch bei Umsetzung

des Pflegeberufsgesetzes im Grundsatz beibehalten werden, in manchen Punkten werden Anpassungen notwendig. Darüber wird im Rahmen der Umsetzung zu entscheiden sein.

*b) Es soll ein verbindliches Curriculum für die Pflegeausbildung geben, in welchem auch die Ausbildungsziele für Theorie- und Praxiseinsätze festgehalten werden.*

Diese Empfehlung wird befürwortet. Für die Altenpflegehilfe- und Altenpflegeausbildung gibt es derzeit verbindliche Lehrpläne sowie einen Rahmenplan für die praktische Ausbildung. Beide Elemente sind auch von Seiten des Bundes für die gemeinsame Pflegeausbildung geplant.

*c) Die Enquetekommission setzt sich für eine Spezialisierung im letzten Jahr der Ausbildung ein.*

In der gemeinsamen Ausbildung, wie sie derzeit vom Bund geplant ist, erfolgt die Spezialisierung im Wesentlichen durch die Wahl der Ausbildungsstätte, mit der der Ausbildungsvertrag geschlossen wird, und durch den Vertiefungseinsatz. Die Möglichkeit einer Spezialisierung innerhalb der gemeinsamen Pflegeausbildung ist aus Sicht der Landesregierung ein wichtiger Punkt, der erst nach Vorliegen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung abschließend bewertet werden kann.

*d) Die Ausbildungsinhalte der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege müssen auch künftig hinreichend abgebildet werden. Altenpflegeeinrichtungen müssen ebenso wie Krankenhäuser weiterhin Ausbildungsstätte bleiben. Es sind genügend Zeiteinheiten für die praktische Ausbildung mit spezifischen Inhalten in den Einrichtungen einzuplanen.*

Nach den vorliegenden Entwürfen des Bundes sollen die wesentlichen Kompetenzen und Fähigkeiten der drei Berufe auch in der neuen Ausbildung vermittelt werden. Spezifische Inhalte können im Rahmen der Vertiefungseinsätze vermittelt werden. Altenpflegeeinrichtungen und Krankenhäuser bleiben Ausbildungsstätten.

*e) Die Enquetekommission empfiehlt, die Ausbildungsinhalte auf die veränderten Anforderungen wie Demenz, Multimorbidität und andere anzupassen.*

Sobald der Rahmenlehrplan des Bundes für die gemeinsame Pflegeausbildung vorliegt, wird zu entscheiden sein, ob dieser 1:1 umgesetzt wird, oder ob für Baden-Württemberg konkretisierende Bildungspläne erarbeitet werden sollen.

*f) Durch die Umstellung der Pflegeausbildung soll keine neue Bürokratie entstehen.*

Die Reduzierung des bürokratischen Aufwands in der Pflege ist der Landesregierung ein wichtiges Anliegen. Durch die Umstellung auf die neue Pflegeausbildung werden im Rahmen der Finanzierung neue Strukturen und Verfahren erforderlich werden.

*g) Die Neuordnung der Pflegeausbildung darf nicht zu finanziellen Belastungen der Auszubildenden führen.*

Im Rahmen einer Gesamtbetrachtung stimmt die Landesregierung der Empfehlung zu. Der Bund stellt dafür die Weichen im Entwurf des Reformgesetzes (Schulgeldfreiheit, Förderung aller drei Ausbildungsjahre durch die Bundesagentur für Arbeit).

*h) Die Enquetekommission fordert eine stärkere finanzielle Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten der Ausbildung.*

Im Entwurf des Pflegeberufsgesetzes ist die Pflegeversicherung als Einzahler in den Fonds vorgesehen und damit unmittelbar beteiligt. Die Länder haben einen

höheren Kostenanteil für die Pflegeversicherung gefordert, konnten sich aber nur eingeschränkt durchsetzen.

*i) Die landesrechtlich geregelten Ausbildungen in den Assistenzberufen der Pflege sollen passgenau zur kommenden generalistischen Ausbildung weiterentwickelt werden, um die Durchlässigkeit im Bildungssystem Pflege zu gewährleisten.*

Die Landesregierung wird die Ausbildung in den Helferberufen überprüfen, sobald die Inhalte der Fachkraftausbildung konkret feststehen. Mit den Schulen und Einrichtungen sind die Bedarfe für Assistenzberufe vor dem Hintergrund der gemeinsamen Fachkraftausbildung zu besprechen.

*j) Die Lehrpläne der generalistischen Ausbildung müssen das Thema Interdisziplinarität verstärkt aufgreifen.*

Diese Empfehlung wird befürwortet.

### **3.6.2 Ausbildungsbedingungen**

*a) Die Tarifvertragspartner sollen auch in Zukunft dafür Sorge tragen, dass in der Pflege eine angemessene Ausbildungsvergütung bezahlt wird.*

Die Pflegeberufsgesetze fordern ausdrücklich, dass die Einrichtungen den Auszubildenden eine „angemessene Ausbildungsvergütung“ zu bezahlen haben. Vor diesem Hintergrund verhandeln die Tarifvertragspartner die konkrete Höhe der Vergütung für die tarifgebundenen Einrichtungen.

*b) Den Auszubildenden muss eine besondere Rücksichtnahme entgegengebracht werden. Einrichtungen dürfen Auszubildende nicht als „billige“ Pflegekräfte betrachten, sondern sollen sie entsprechend und den Ausbildungszielen angemessen einsetzen. Einrichtungen und Berufsgenossenschaften sollen bereits in der Ausbildung auf Gesundheitsprävention in Bezug auf psychische und physische Belastungen achten.*

Die Empfehlung wird unterstützt. Nach den Pflegeberufsgesetzen dürfen den Auszubildenden nur Verrichtungen übertragen werden, die dem Ausbildungszweck dienen.

*c) Der Bund und die Rahmenvertragspartner sollen sicherstellen, dass in Pflegeeinrichtungen Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter analog zu den Vorschriften in der Krankenpflege, also im Verhältnis 1:10 eingesetzt werden.*

Für die Altenpflege existiert bereits eine andere Regelung: Das Landespflegegesetz gibt den Umfang der Anleitung in Pflegeeinrichtungen vor (25 Stunden je Schulhalbjahr und Schüler). Dies ist von den Rahmenvertragsparteien bei ihren Verhandlungen zu Grunde zu legen. Nach dem Entwurf des neuen Pflegeberufsgesetzes ist Praxisanleitung im Umfang von mindestens zehn Prozent der während eines Einsatzes zu leistenden praktischen Ausbildungszeit zu leisten.

*d) Pflegeschüler dürfen nicht weiter von Fördermöglichkeiten wie beispielweise der Sprachförderung für Migrantinnen und Migranten ausgeschlossen bleiben.*

Vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Ressourcen sollte zwischen (Sprach-) Förderprogrammen speziell für die besonderen Bedarfe von Migrantinnen und Migranten (z. B. Altenpflegehilfeausbildung mit intensiver Sprachförderung von Niveau A2 bis Niveau B2) und allgemeinen Fördermöglichkeiten (z. B. Nachhilfestunden – auch in Deutsch – oder Assistenz) unterschieden werden, die allen Pflegeschülerinnen und Pflegeschülern offen stehen sollten.

a) *Die Enquetekommission empfiehlt, zur Verbesserung der Ausbildung und der Arbeitsbedingungen die Zuständigkeit für den Bereich „Pflege“ komplett in einem Landesministerium zu bündeln. Diese Neustrukturierung muss auch im nachgeordneten Bereich der Regierungspräsidien entsprechend nachvollzogen werden, um für die kommende generalistische Ausbildung in den Pflegeberufen gerüstet zu sein.*

Die Zusammenarbeit zwischen Kultusministerium und Sozialministerium im Bereich der Pflegeausbildung ist gut und kann aus Sicht der beiden Ministerien fortgesetzt werden. Auch in den meisten anderen Bundesländern gibt es hier verteilte Zuständigkeiten. Die derzeitigen Zuständigkeiten könnten auch bei Umsetzung des Pflegeberufsgesetzes im Grundsatz beibehalten werden, in manchen Punkten werden Anpassungen notwendig. Darüber wird im Rahmen der Umsetzung zu entscheiden sein. Die Abgrenzung gilt dann auch für den nachgeordneten Bereich der Regierungspräsidien.

b) *Die Enquetekommission ersucht die Landesregierung, eine Geschäftsstelle einzurichten, wie dies in § 20 Abs. 6 des Landespflegegesetzes vorgesehen ist.*

Die Regelung zur Einrichtung einer Geschäftsstelle betrifft nur die Krankenpflegeausbildung. Es bleibt abzuwarten, welche Regelungen die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der gemeinsamen Pflegeausbildung enthalten wird. Im Rahmen der Umsetzung und Anpassung des Landespflegegesetzes an die neuen Regelungen des Bundes wird zu prüfen sein, ob die Einrichtung einer Geschäftsstelle als Bindeglied zwischen Schulen und Regierungspräsidien erforderlich ist.

c) *Die Enquetekommission empfiehlt, die Ausbildungskapazitäten in den Pflegeberufen am tatsächlichen Bedarf zu orientieren.*

In Baden-Württemberg ist in der Altenpflege eine am Bedarf orientierte Bereitstellung von Schul- und Ausbildungsplätzen möglich, da es weder von schulischer Seite noch im Umlageverfahren zum Ausgleich der Ausbildungsvergütung eine Deckelung gibt. In der Krankenpflege werden die als bedarfsgerecht angesehenen Ausbildungsstätten im Krankenhausplan aufgeführt und die ausgewiesenen Ausbildungsplätze über den Ausbildungsfonds finanziert.

d) *Es sollen akademisch qualifizierte Pflegekräfte als Prüfungsvorsitzende, die als Vertretung der Regierungspräsidien die Abschlussprüfungen abnehmen, eingesetzt werden.*

Da es staatliche Prüfungen sind, übernehmen weitgehend Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Regierungspräsidien selbst den Prüfungsvorsitz. Bei Bedarf können auch akademisch ausgebildete Pflegekräfte eingesetzt werden.

e) *Die Enquetekommission fordert eine deutliche Anrechnung der während der dreijährigen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung erbrachten schulischen Leistungen auf die Endnote. Die Anwendung eines Leistungspunktesystems, das zugleich eine bessere Anknüpfung an die weiterführenden Bildungswege auf akademischem Niveau darstellen würde, soll dabei geprüft werden.*

Anders als in der Altenpflege sieht die Krankenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsordnung eine solche Anrechnung nicht vor. Das Land kann von diesen Vorgaben des Bundes nicht abweichen und auch nicht selbständig ein Punktesystem einführen. Die Eckpunkte der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die gemeinsame Ausbildung sehen aber die Bildung von Vornoten und damit eine Anrechnung von schulischen Leistungen während der Ausbildung auf die Endnote vor.



*Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Generalistische Ausbildung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.6.2 „Ausbildungsbedingungen“*

*Die Landesregierung wird aufgefordert, dafür Rechnung zu tragen, dass keine Ausbildungskapazitäten verloren gehen, und das bei der Weiterentwicklung der Pflegeausbildung Spielräume für verbindliche fachspezifische Ausrichtungen vorhanden sind, die den individuellen Interessen und den Rahmenbedingungen insbesondere im Ländlichen Raum gerecht werden.*

*Die Landesregierung hat sich dafür in den Vorberatungen und im Bundesratsverfahren zum neuen Pflegeberufsgesetz eingesetzt, soweit es mit dem generalistischen Ansatz und der einheitlichen Finanzierung zu vereinbaren war.*

### **3.6.3 Ausbildungsinhalte**

*a) Die Enquetekommission empfiehlt Bund und Land, die Curricula zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Bei der Überprüfung der Ausbildungsinhalte sollen die veränderten Anforderungen, die durch das vermehrte Auftreten von Demenz, Multimorbidität und anderen Krankheitsbildern gegeben sind, berücksichtigt werden.*

Die Empfehlung wird dem Grunde nach befürwortet. Ausbildungsinhalte sind an veränderte Anforderungen anzupassen, wobei die Festlegungen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und der Rahmenlehrplan des Bundes vorrangig sind. Beides wird im Zusammenhang mit der neuen Pflegeausbildung ohnehin neu erlassen. Dabei werden die veränderten Anforderungen zu berücksichtigen sein. Erst wenn die Regelungen des Bundes vorliegen, kann auf Landesebene über ein konkretisierendes Curriculum entschieden werden.

*b) In der Ausgestaltung ist die generalistische Ausbildung so zu strukturieren, dass sie auf die Pflege aller Altersstufen (Kinder, Erwachsene, ältere Menschen), in allen Institutionen (Akut-, Kurzzeit- und Langzeitpflege) sowie auf das Arbeiten in beiden Finanzierungssystemen (Krankenversicherung, Pflegeversicherung) ausgerichtet ist und während der Ausbildung die Setzung von Schwerpunkten zulässt.*

Das Konzept des Bundes zur gemeinsamen Ausbildung, das dem Entwurf des Pflegeberufsgesetzes zugrunde liegt, sieht die geforderten Kriterien weitgehend vor. Näheres steht erst nach Verabschiedung des Gesetzes fest.

*Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Pflegeausbildung im Regelbildungssystem“ zu den Handlungsempfehlungen 3.6.3 „Ausbildungsinhalte“*

*Die Landesregierung wird aufgefordert, einen Vorschlag zur Überführung der Pflegeausbildung in das reguläre duale Ausbildungssystem vorzulegen. Dieser Vorschlag soll die inhaltlichen Eckpunkte, die praktische Ausgestaltung (beispielsweise im Hinblick auf Berufsschulkapazitäten), die Konsequenzen für die momentanen Ausbildungsträger und die Kostenfolgen für die Ausbildungsträger umfassen.*

*Diese Empfehlung wird nicht befürwortet. Die Pflegeberufe sind außerhalb des dualen Ausbildungssystems geregelt, weil die Regelungsbefugnis und -verantwortung angesichts der Vulnerabilität der Menschen, die von Pflegekräften versorgt werden, nicht bei der Arbeitgeberseite, sondern beim Staat liegen muss. Pflegebedürftige Menschen sind nicht in erster Linie Kunden, die ihre Dienstleistung beliebig am Markt einkaufen können, sondern benötigen einen Schutzstatus. Dies schließt nicht aus, dass bestimmte Merkmale der dualen Ausbildung auch für die Pflegeausbildungen übernommen werden können.*

### 3.6.4 Praxisanleitung

- a) *Es sind Regelungen zu den Rahmenbedingungen von Praxisanleitung zu treffen in Bezug auf den Umfang der Anleitung je Auszubildender oder Auszubildendem. Dabei sind die Zahl der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter, deren Freistellung und eine entsprechende Berücksichtigung beim Personalbedarf zu regeln.*
- b) *Die Enquetekommission empfiehlt dem Bund und den Rahmenvertragspartnern, das Verhältnis von Auszubildenden in einem Betrieb zu betrieblichen Stellenanteilen für die Praxisanleitung verbindlich festzulegen.*
- c) *Der Bund soll dafür Sorge tragen, dass den ausbildenden Einrichtungen die Kosten für die Praxisanleitung refinanziert werden.*

Die Landesregierung betrachtet die Praxisanleitung als einen sehr wesentlichen Teil der Ausbildungsinhalte. Sie sieht die Rahmenvertragspartner in der Pflicht, die Praxisanleitung entsprechend ihrer Bedeutung für die Qualifikation der Pflegeberufe zu regeln.

- d) *Die Enquetekommission regt an, Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter im Stellenschlüssel zu berücksichtigen und diese für ihre Arbeit in angemessener Weise freizustellen sowie die zur Anleitung von Auszubildenden Freigestellten in den Personalschlüsseln zu berücksichtigen.*

Die Frage der Personalausstattung und Personalrichtwerte, und damit auch die Berücksichtigung von Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern im Stellenplan, ist eine Selbstverwaltungsaufgabe der Vertragsparteien nach dem SGB XI. Im Übrigen wird auf die Ausführungen zu 3.5.3 verwiesen.

- e) *Rahmenvertragspartner im Bereich des SGB XI sollen Praxisanleitung im Personalschlüssel berücksichtigen.*

Die Landesregierung betrachtet die Praxisanleitung als einen sehr wesentlichen Teil der Ausbildungsinhalte. Sie sieht die Rahmenvertragspartner in der Pflicht, die Praxisanleitung entsprechend ihrer Bedeutung für die Qualifikation der Pflegeberufe zu regeln.

- f) *Die Enquetekommission empfiehlt, bei der Errechnung der Fachkraftquote die Praxisanleiter vollumfänglich zu berücksichtigen.*

Diese Handlungsempfehlung wird erfüllt. Praxisanleitung wird von Pflegefachkräften wahrgenommen, sie sind folglich in die Fachkraftquote einzurechnen.

- g) *Die Einrichtungen sollen Praxisanleitung in den Dienstplan aufnehmen.*

Diese Handlungsempfehlung wird begrüßt. Der Prüflaufplan für die Heimaufsichtsbehörden enthält bereits eine entsprechende Prüffrage.

- h) *Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, eine Studie zur Qualifikation der Praxisanleiter in Auftrag zu geben.*

Eine Studie erscheint nicht unbedingt erforderlich. Eine früher bestehende Regelung in der Altenpflegeausbildungsträgerverordnung zu den Inhalten der Praxisanleiterqualifikation wurde 2010 aufgehoben, sie könnte weiterentwickelt werden.

- i) *Einrichtungen und Träger sollen ein verbindliches Curriculum für die praktische Ausbildung anwenden.*

Im Bereich der Altenpflege- und Altenpflegehilfesausbildung gilt ein von einer Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern der Schulen und Einrichtungen erarbeiteter

Rahmenplan für die praktische Ausbildung. Dieser unterstützt mit Beispielaufgaben und Kompetenzformulierungen die Anleitung und ist Basis für die Ausbildungspläne der jeweiligen Einrichtung. Für die gemeinsame Ausbildung soll es ebenfalls einen Rahmenausbildungsplan geben.

- j) Die Enquetekommission empfiehlt, dass Qualitätsanforderungen an die Lehrkräfte zur Sicherstellung der Qualität der jeweiligen beruflichen Tätigkeit erarbeitet werden.*

Qualitätsanforderungen an die Lehrkräfte sind bereits jetzt im Altenpflege- und im Krankenpflegegesetz verankert und im Landespflegegesetz konkretisiert. Auch der Entwurf des neuen Pflegeberufsgesetzes sieht Qualitätsanforderungen an Lehrkräfte vor.

- k) Die Enquetekommission empfiehlt, die Pflegeausbildung kostendeckend und gerecht auszugestalten, also auch Pflegeschulen in privater Trägerschaft zu 100 Prozent zu finanzieren. Die bisher getrennte Finanzierung über das Kultusministerium sowie das Sozialministerium und die BWKG soll unter Einbeziehung der bisher Beteiligten zu einer transparenten, einheitlichen Fondslösung zusammengeführt werden.*

Für die geplante gemeinsame Pflegeausbildung ist eine Fondslösung, wie die Enquetekommission sie vorschlägt, bereits vorgesehen. Private Altenpflegeschulen werden zurzeit in Höhe von knapp 80 Prozent der Kosten vergleichbarer öffentlicher Schulen gefördert. Eine darüber hinausgehende Förderung wird voraussichtlich schon aus finanziellen Gründen nicht möglich sein, wäre aber auch im Vergleich zur Förderung anderer Privatschulen nicht angemessen.

### **3.6.5 Aufstiegsmöglichkeiten und Karrierewege**

- a) Es soll ein qualifiziertes und modulares Fort- und Weiterbildungsangebot erarbeitet und angeboten werden.*

Die Landesregierung arbeitet an der Modularisierung der Weiterbildungen. Fortbildungen (Aktualisierung des Wissensstands, kurze Spezialisierungen) werden nicht staatlich geregelt, auf Inhalt und Aufbau hat die Landesregierung keinen Einfluss.

- b) Die Enquetekommission setzt sich für quantitativ und qualitativ den Erfordernissen angepasste berufliche und akademische Ausbildungen sowie Weiterbildungsmöglichkeiten mit transparenten Aufstiegsperspektiven ein.*

Diesem Ziel folgt die Landesregierung bei ihren landesrechtlichen Aktivitäten im Pflegebildungsbereich (akademische Ausbildung, Weiterbildungen, Pflegehelferausbildungen).

- c) Die Enquetekommission regt eine Diskussion darüber an, ob es eine pflegerische Fortbildungspflicht geben sollte, die gesetzlich verankert ist.*

Es gibt auf Landes- und Bundesebene bereits Regelungen zur Fortbildung, teils durch Gesetz, teils auf gesetzlicher Grundlage. Eine berufsrechtliche Fortbildungspflicht für Pflegefachkräfte ist in § 25 Abs. 6 des Landespflegegesetzes geregelt. Für den stationären Bereich bestimmt § 5 Abs. 1 der Landespersonalverordnung, dass Einrichtungsträger ihren Beschäftigten Gelegenheit zur Teilnahme an berufsbegleitender Fortbildung zu geben oder regelmäßige Fortbildungen in der stationären Einrichtung anzubieten haben. Die Teilnahme an diesen Fortbildungen ist als Arbeitszeit anzurechnen. Für den ambulanten Bereich müssen die Rahmenempfehlungen zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege durch Pflegegedienste Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung regeln (vgl. § 132 a Abs. 1 Satz 4 Nr. 3 SGB V).

- d) *Es soll ein gestuftes Qualifikationskonzept oder ein Grade Mix eingeführt werden, um einen angemessenen Einsatz der verschiedenen Kompetenzprofile für eine qualitativ gute Pflege zu ermöglichen.*

Die Einrichtungen arbeiten bereits mit einem Grade-Mix, viele darüber hinaus auch mit einem Professionen-Mix. Ihre Einführung kann aber nicht vorgeschrieben werden.

- e) *Informationen über Weiterbildungsmöglichkeiten und Anbieter sind nach und beim Abschluss der Ausbildungsprüfungen von den Prüfungsgremien an jede Fachkraft weiterzugeben. Ebenso sollen Pflegedienstleitungen und Betriebsräte auf Weiterbildungsmöglichkeiten hinweisen.*

Das Ziel der Empfehlung, auf Weiterbildungsmöglichkeiten mehr hinzuweisen, wird befürwortet. Eine Pflicht hierzu entspricht aber nicht der Rolle eines Prüfungsgremiums.

- f) *Es sollen Informationen über die beruflichen und akademischen Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegekräfte in einer Datenbank zusammengestellt werden. Wichtig ist dabei eine aktuelle Angebotsliste, um weitergehende Informationen und eine möglichst große Gesamtübersicht zu erhalten. Das Homepage-Angebot (z. B. auf der Homepage von „Vom Fach für Menschen“) soll fortgeführt und ausgeweitet werden.*

Die Empfehlung wird befürwortet. Das Ziel einer möglichst großen Gesamtübersicht kann für den Bereich der staatlich geregelten Weiterbildungen und Studiengänge in Baden-Württemberg eingelöst werden. Das Angebot bundesweit angebotener Studiengänge und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie kurzer Spezialqualifikationen und Fortbildungen ist dagegen zu vielfältig und unübersichtlich, um alles aktuell abzubilden.

- g) *Es muss eine Fachkarriere angeboten werden, dazu gehören auch Lehrgänge und Studienmöglichkeiten auf Bachelor- und Masterniveau, jeweils in berufsbegleitender Ausgestaltung, verbunden mit beruflichen Perspektiven.*

Diese Empfehlung wird befürwortet. Die Landesregierung bereitet durch den Ausbau von Weiterbildungs- und Studienmöglichkeiten die Grundlage für eine Fachkarriere (z. B. Förderprogramm des Wissenschaftsministeriums „Akademisierung der Gesundheitsfachberufe“). Die Umsetzung in eine konkrete berufliche Aufstiegsperspektive ist Aufgabe der Einrichtungen.

- h) *Die Enquetekommission regt an, Aufstiegsmöglichkeiten in der Berufspraxis zu stärken. Fachbezogene Weiterbildungen wie Psychiatrie, Onkologie oder ähnliche müssen eine Möglichkeit zum Aufstieg bieten, auch in finanzieller Hinsicht.*

Diese Empfehlung wird begrüßt. Die Landesregierung hat allerdings keinen Einfluss darauf, dass diese Weiterbildungen tatsächlich zu einem Aufstieg und zu einer besseren finanziellen Entlohnung führen.

- i) *Höherqualifizierung muss sich auch im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) widerspiegeln. Daher soll die Aufwertung der Pflegeberufe durch eine höhere Eingruppierung innerhalb der Qualifikationsstufen des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) geprüft werden.*

Diese Empfehlung wird befürwortet, sie entspricht dem Grundgedanken des DQR. Die Einstufung der Qualifikationen erfolgt nach einem von der Kultusministerkonferenz, dem Bundesministerium für Bildung und Forschung, der Wirtschaftsministerkonferenz und dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie beschlossenen Verfahren. Die Zuordnung der Pflegeberufe (derzeit Niveau 4) soll überprüft werden, wenn im Zuge der Reform kompetenzorientierte Ausbildungsregelungen, Lehr- und Ausbildungspläne erstellt sind.

- j) Die Enquetekommission empfiehlt, die landesrechtlichen Regelungen zur Durchlässigkeit in der Pflegeausbildung weiterzuentwickeln: Vom Betreuungsassistenten über Alltagsbetreuer über den Pflegehelfer bis zur dreijährig ausgebildeten Pflegefachkraft.*

Im aktuellen Ausbildungssystem ist die gewünschte Durchlässigkeit gegeben. Eine Weiterentwicklung wird erforderlich, wenn die neue gemeinsame Pflegeausbildung vorliegt, damit auch künftig Durchlässigkeit gegeben sein wird.

### **3.6.6 Weiterbildung**

- a) Die bestehenden Weiterbildungsangebote müssen gebündelt und bewertet werden. Sie müssen den Ausbildungsbetrieben sowie den Berufsfachschulen zugänglich gemacht werden. Die Pflegedienstleitungen sollen die Weiterbildungsangebote an die Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte weiterleiten.*

Die staatlich geregelten Weiterbildungen sind für jedermann aufzufinden über die Homepage der Regierungspräsidien Dies ist auch den Ausbildungsbetrieben und Berufsfachschulen bekannt. Eine Bewertung dürfen staatlich betriebene Websites aus Neutralitätsgründen nicht enthalten.

Eine Übersicht und Bewertung der nicht staatlich anerkannten Weiterbildungen ist nicht leistbar. Die Vielfalt hier ist sehr groß (die Abgrenzung zwischen Weiterbildung und Fortbildung verschwimmt). Das betrifft nicht nur die Inhalte, sondern auch die Anbieter (Bildungsstätten, Fachgesellschaften, Berufsverbände, Einrichtungsträger), die Kosten, die Qualifikation der Lehrenden, Leistungsnachweise etc.

- b) Es ist zu prüfen, ob die Einrichtung einer Kommission auf Bundesebene, die eine bundeseinheitliche Weiterbildungsverordnung erarbeitet, eine umsetzbare Möglichkeit wäre, mehr Übersichtlichkeit in der Weiterbildung zu erreichen.*

Weiterbildung ist Ländersache, daher müssen Vereinheitlichungen von den Ländern ausgehen. Eine bundeseinheitliche Weiterbildungsverordnung wird abgelehnt. Dies schließt aber nicht eine Angleichung der Landesregelungen nicht aus. Es besteht eine von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz eingerichtete Arbeitsgruppe, die bereits Eckpunkte für landesrechtlich geregelte Pflegehelferberufe mit dem Ziel einheitlicher Mindeststandards erarbeitet hat. Diese Arbeitsgruppe soll sich auch der Vereinheitlichung der Weiterbildungen zuwenden, was aber erst Sinn macht, wenn die Details der neuen Pflegeausbildung feststehen.

- c) Die Enquetekommission empfiehlt, die Regelungen der wichtigsten Weiterbildungsmöglichkeiten wie bisher im Landespflegegesetz beizubehalten und Übersichten von Weiterbildungsangeboten zu veröffentlichen.*

Die Empfehlung wird bereits umgesetzt. Das Landespflegegesetz regelt die notwendige gesetzliche Grundlage für Weiterbildungen im Pflegebereich, die Inhalte werden in den einzelnen Weiterbildungsverordnungen festgelegt. Vgl. im Übrigen die Bewertung zu a).

- d) Die Enquetekommission empfiehlt, geeignete Altenpflegerinnen und Altenpfleger mit entsprechender Berufserfahrung zu fachlichen Weiterbildungen zuzulassen. Durch die Einführung der Generalistik entfällt die Problematik für künftige Absolventinnen und Absolventen, für die jetzigen Altenpflegerinnen und Altenpfleger soll diese Möglichkeit jedoch geschaffen werden.*

In Baden-Württemberg gibt es staatlich geregelte Weiterbildungen, die vor allem an Altenpflegefachkräfte adressiert sind, wie die Weiterbildungen „Gerontopsychiatrie“ und „Pflegedienstleitung für Altenhilfe und ambulante Dienste“. Zu den Weiterbildungen „Onkologie“, „Psychiatrie“, „Rehabilitation“ und „Stationsleitung“ sind Altenpfleger und Altenpflegerinnen ebenfalls zugelassen. Lediglich die Weiterbildungen „Intensivpflege“, „Nephrologie“, „Hygiene“ und „Operationsdienst“, die auf spezifische Anforderungen im Krankenhaus zugeschnitten

sind, sind nicht für Altenpfleger und Altenpflegerinnen geöffnet. Da dort aber nur sehr wenige arbeiten, dürfte der davon betroffene Personenkreis nur klein sein.

*e) Die Enquetekommission regt an, dass die (Alten-)Pflegeschulen Curricula für geriatrische Weiterbildungen von Fachkräften entwickeln und Kurse dazu anbieten.*

Es wird nicht ganz deutlich, ob hier geriatrische Weiterbildung für Pflegefachkräfte oder für andere Fachkräfte gemeint ist. Die Weiterbildung „Gerontopsychiatrie“ für Pflegefachkräfte wird teilweise von Altenpflegeschulen angeboten, teilweise von anderen zugelassenen Weiterbildungsstätten. Es ist dagegen nicht bekannt, dass Altenpflegeschulen geriatrische Weiterbildungen für andere Fachkräfte curricular entwickeln und anbieten. Ob und ggf. unter welchen Rahmenbedingungen dies für die öffentlichen Altenpflegeschulen einerseits und für die staatlich anerkannten Altenpflegeschulen in privater Trägerschaft andererseits zulässig ist, muss geprüft werden.

*f) Die Enquetekommission sieht in der Weiterbildung auf Bachelor-Niveau einen wichtigen Baustein der Professionalisierung. Es soll im Pflegeberuf darüber hinaus zusätzliche, vor allem auch berufsbegleitende Weiterbildungswege geben.*

Die Landesregierung stimmt der Empfehlung zu. Die akademisch ausgebildeten Pflegefachkräfte sollen als „reflektierende Praktiker“ wissenschaftliche und innovative Konzepte in den Praxisalltag in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen einbringen. Die meisten Fachweiterbildungen sind berufsbegleitend möglich.

### **3.6.7 Akademisierung der Pflegeberufe**

*a) Es soll eine Akademisierung mit Augenmaß auf der Basis der Empfehlungen des Wissenschaftsrates stattfinden.*

Die Empfehlung wird befürwortet und bereits umgesetzt. Das Wissenschaftsministerium orientiert sich an der Empfehlung des Wissenschaftsrats (2012), der bei den Gesundheitsfachberufen eine Akademisierungsquote von 10 bis 20 Prozent empfohlen hat, und geht bei der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe schrittweise und mit Augenmaß vor.

*b) Die Enquetekommission empfiehlt das Fortführen und den Ausbau der Initiative des Ministeriums für Wissenschaft und Kunst zum Ausbau der Akademisierung bei weiterer Finanzierung aus den Mitteln des Ausbauprogramms „Hochschule 2012“ und des „Hochschulpaktes 2020“. In einem ersten Schritt sollen die Studienplätze in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Physiotherapie und im Hebammenwesen ausgebaut werden. In einem zweiten Schritt können dann weitere Therapieberufe wie Ergo- und Logotherapie berücksichtigt werden. Ebenso sollen Masterstudiengänge für spezielle Arbeitsgebiete, z. B. Psychiatrische Pflege/Mental Health, Intensivpflege eingerichtet werden.*

Diese Empfehlung wird unterstützt und bereits in dem geschilderten mehrstufigen Verfahren umgesetzt. In einem ersten Schritt wurde die Einrichtung von insgesamt 735 zusätzlichen Studienanfängerplätzen (655 Bachelor und 80 Master) pro Jahr in den Bereichen Pflege, Hebammenwesen und Physiotherapie gefördert. Die Entwicklung von Master- und Promotionsprogrammen soll ebenfalls weiter vorangetrieben werden. Ein weiterer Ausbau in den Bereichen Pflege und Physiotherapie und der Einstieg in die Akademisierung der Ergotherapie und Logopädie soll in der nächsten Legislaturperiode angegangen werden, wenn die notwendigen Mittel hierfür zur Verfügung stehen, um auch im zweiten Schritt ein qualitativ hochwertiges Studienangebot etablieren zu können.

*c) Hinsichtlich der Qualität der Ausbildung empfiehlt die Enquetekommission, dass interprofessionelles Lernen und Zusammenarbeiten in der Ausbildung gefördert wird. Daher plädiert sie für eine enge Kooperation mit medizinischen Fakultäten. Die Studiengänge sollen den Studierenden weitreichende Kompetenzen vermitteln, wie z. B. die Analyse komplexer Sachverhalte, eine differenzierte pflegerische und therapeutische Diagnostik, problemlösungsorientiertes Handeln und die Anwendung wissenschaftlicher Konzepte. Insgesamt soll die interprofessionelle Kooperationsfähigkeit verbessert und ein Fokus auf Prozesssteuerung gelegt werden. Konkrete Möglichkeiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit sind z. B. Skills Labs oder gemeinsame Lehrveranstaltungen.*

Die Empfehlung wird befürwortet. Ein Bewertungskriterium im Rahmen der Begutachtung der Anträge im vom Wissenschaftsministerium aufgelegten Programm „Akademisierung der Gesundheitsfachberufe“ war daher auch das Vorhandensein von Interdisziplinarität (Anknüpfung der neuen Studienangebote an fachlich affine Studienangebote) und das Vorhandensein bzw. die Entwicklung von Kooperationen mit medizinischen Fakultäten. Die von der Gutachtergruppe empfohlenen Studienmodelle berücksichtigen die Anforderungen an die interprofessionelle Zusammenarbeit z. B. in Skill Labs oder auch gemeinsamen Lehrveranstaltungen entsprechend.

*d) Die Enquetekommission empfiehlt, primär qualifizierende Bachelorstudiengänge für die Pflegeausbildung einzurichten, sodass etwa 10 Prozent der Ausbildungskapazitäten in den Pflegeberufen Baden-Württembergs auf Hochschulniveau angesiedelt sind. Dabei ist auch der Aspekt „Psychiatrische Pflege“ mit einem eigenen Schwerpunkt zu berücksichtigen.*

Das Wissenschaftsministerium fördert neben primär qualifizierenden Vollzeitstudiengängen auch berufsbegleitende Studiengänge, um der Vielfalt an Berufs- und Bildungsbiographien gerecht zu werden. Psychiatrische Pflege wird angesichts der demografischen Entwicklungen immer wichtiger. Im Rahmen der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe fördert das Wissenschaftsministerium daher auch den Ausbau des Studiengangs „Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege“ mit einem Schwerpunkt in psychiatrischer Pflege.

*e) Für akademische Abschlüsse, die vom inhaltlichen und praktischen Teil der Pflegeausbildung mit Pflegeexamen vergleichbar sind, sollen Land und Bund dafür Sorge tragen, dass die Gleichstellung bei der Fachkraftquote und die Anerkennung als Pflegefachkraft erfolgt.*

Die Empfehlung wird nicht unterstützt. Abseits von Modell-Studiengängen mit staatlicher Genehmigung oder ausbildungsintegrierenden Studiengängen sind die Hochschulen völlig frei in der inhaltlichen Ausgestaltung von Pflegestudiengängen. Die hochschulischen Strukturen, wie z. B. das geringere Gewicht der Praxis, die umfangreichen Selbstlernphasen sowie Modulprüfungen unterscheiden sich sehr von der fachschulischen Ausbildung mit staatlicher Prüfung. Die Pflegefachkraft ist heimrechtlich wie leistungsrechtlich eine zentrale Figur. Der Erwerb der Qualifikation muss an eindeutige staatliche Vorgaben gebunden bleiben.

*Für die Umsetzung der Akademisierung sind aus Sicht der Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen zu beachten:*

*a) Die Enquetekommission empfiehlt eine kritische Auseinandersetzung mit allen Modellen der strukturellen Weiterentwicklung, vor allem mit Blick darauf, dass hochschulische Standards erreicht und eingehalten werden.*

Die Empfehlung wird bereits beachtet. Die Erfahrungen in Modellstudiengängen fließen kontinuierlich in die Weiterentwicklung ein. Durch die Akkreditierungspflicht der Studiengänge wird zudem die Mindestanforderung an hochschulische Standards sichergestellt.

*b) Die Enquetekommission empfiehlt, vor der Akkreditierung von neuen Studiengängen, die in Kooperation mit Pflegeschulen und Hochschulen stattfinden, darauf zu achten, dass die Qualifikation der Lehrkräfte für jedes Modul definiert ist.*

Die Landesregierung befürwortet die Empfehlung.

*c) Um Praxisorientierung zu gewährleisten, sollen Curricula im Zusammenspiel mit Arbeitgebern entwickelt werden. Fachschulen und Hochschulen sollen gemeinsame Curricula entwickeln. Das Studium ist praxisorientiert auszurichten.*

Die Entwicklung der Curricula obliegt den Hochschulen, die dabei die einschlägigen Berufsgesetze berücksichtigen. Die Praxisorientierung wird in allen Fällen über den im Bereich der Pflege hohen Praxisanteil (2.300 Std.) sichergestellt. Es ist Sache der Hochschulen, inwieweit sie darüber hinaus mit den Arbeitgebern zusammenarbeiten.

*d) Die Enquetekommission rät zu einer begleitenden Evaluation der neuen Studiengänge.*

Diese Empfehlung wird befürwortet und bereits umgesetzt. Eine begleitende Evaluation erfolgt zum einen im Rahmen hochschulinterner Qualitätssicherungsmaßnahmen. Zum anderen werden auch das Angebot und die Nachfrage nach Studienanfängerplätzen und Aspekte der anschließenden beruflichen Tätigkeit beobachtet.

*e) Die Enquetekommission empfiehlt die Fortentwicklung und Erweiterung der in der Fläche bestehenden Angebote.*

Diese Empfehlung wird bereits verfolgt. Im Rahmen des vom Wissenschaftsministerium aufgelegten Förderprogramms „Akademisierung der Gesundheitsfachberufe“ werden sowohl bereits bestehende als auch neue Angebote an allen Hochschularten und in allen Regionen des Landes gefördert.

*Für eine Akademisierung mit dem Ziel der Fachkarriere werden folgende Handlungsempfehlungen abgegeben:*

*a) Land und Bund sollen Modelle für den Einsatz von akademisierten Pflegekräften in der direkten Pflege entwickeln.*

Ein Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegekräften in der direkten Pflege setzt voraus, dass diese einen Berufsabschluss in der Altenpflege oder Gesundheits- und Krankenpflege oder in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege haben. Für Modellentwicklungen in diesem Rahmen sind Hochschulen im engen Zusammenwirken mit Einrichtungen und Verbänden prädestiniert. Bund und Land fördern die Entwicklung solcher Modelle.

*b) Die Einrichtungen sollen hierzu Modellprojekte durchführen.*

Dies erfolgt im Rahmen oben beschriebener Modellprojekte.

*c) Der Bund soll die berufsrechtliche Ermöglichung solcher Modellprojekte gewährleisten und Erprobungsmodelle leistungsrechtlich ermöglichen.*

Eine besondere berufsrechtliche Modellklausel ist nur nötig, falls die Modellprojekte nicht nur den Einsatz (also die Berufsausübung) der akademisch ausgebildeten Pflegekräfte mit Berufsabschluss betreffen, sondern auch die Ausbildung abweichend von der Regelausbildung gestalten wollen. Leistungsrechtliche Modellklauseln sichern die Abrechenbarkeit und sind daher ein Anreiz für Einrichtungen, sich an solchen Modellen zu beteiligen. Ein Beispiel für das in der Empfehlung genannte Vorgehen sind Modellprojekte zur Übertragung von heilkund-



lichen Aufgaben zur eigenständigen Wahrnehmung durch Pflegefachkräfte. Hier hat der Bund sowohl im Leistungsrecht (§ 63 Abs. 3 c SGB V) als auch im Berufsrecht (§§ 4 Abs. 7 des Krankenpflege- und des Altenpflegegesetzes) die erforderlichen Rechtsgrundlagen geschaffen.

Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Akademisierung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.6.7 „Akademisierung der Pflegeberufe“

Die Vielfalt der Ausbildungsgänge muss im Sinne einer adäquaten Gewinnung von Pflegekräften sichergestellt werden. Starre Quoten im Bereich der Akademisierung sind aus unserer Sicht nicht sinnvoll, denn der Akademisierung muss ein entsprechend weiterentwickeltes Berufsbild gegenüberstehen. Dieser an konkreten Möglichkeiten orientierter Weiterentwicklungsprozess wird ebenso wie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in akademischem Rahmen begrüßt. Deshalb wird der Landesregierung davon abgeraten, sich an starren Ausbildungsquoten zu orientieren.

Die Landesregierung sieht die Empfehlungen des Wissenschaftsrats als eine gute Orientierung für ihre Aktivitäten an. Sie geht schrittweise und mit Augenmaß vor. Die weitere Akademisierung soll auf den Erfahrungen der ersten Studiengänge aufgebaut werden und sich an den Versorgungsbedarfen der Bevölkerung orientieren.

### **3.6.8 Pflegewissenschaft und Pflegeforschung**

*a) Es soll geprüft werden, ob und in welchem Maße die Pflegewissenschaft an weiteren Hochschulen durch Schaffung neuer Lehrstühle ausgebaut werden muss und wie die Stärkung von Pflegeforschungsprogrammen erreicht werden kann.*

Das Wissenschaftsministerium wird zu gegebener Zeit den weiteren Ausbau der Pflegewissenschaften prüfen. Der aktuelle Ausbau erfolgt durch die Schaffung neuer Professuren im Rahmen des Programms „Akademisierung der Gesundheitsfachberufe“. Das Sozialministerium hält eine Stärkung von Pflegeforschungsprogrammen für sinnvoll. Eine intensivierte Versorgungsforschung im Bereich von Pflege als Element der Primärversorgung wäre geeignet, die Weiterentwicklung sozialraumorientierter und innovativer Versorgungsstrukturen zu evaluieren.

*b) Es ist zu prüfen, ob eine curriculare Vereinheitlichung der vielfältigen Studiengänge im Bereich der Pflege sinnvoll ist.*

Dem Hochschulsystem ist Differenzierung immanent. Bei der Entwicklung der Studienangebote in der Pflege sind die gesetzlichen Vorgaben, u. a. die Ausbildungs- u. Prüfungsordnung zu berücksichtigen. Weitere Einschränkungen darüberhinaus würden den Gestaltungsspielraum der Hochschulen beschränken.

*c) Die wissenschaftliche Evaluierung von pflegepolitischen Maßnahmen ist zu verstärken.*

Diese Empfehlung wird unterstützt. Durch die Einrichtung neuer pflege- und therapiewissenschaftlicher Studiengänge wird sich auch die Zahl der einschlägigen Professuren im Land erhöhen. Dadurch entsteht ein Netzwerk an Fachleuten, aus dem heraus die wissenschaftliche Evaluierung von pflegepolitischen Maßnahmen möglich sein wird.

*d) Das Land soll Kooperationen beispielsweise zwischen Medizinischen Fakultäten und Pflege-Fakultäten fördern.*

Die Zusammenarbeit zwischen Pflegefakultäten und den Medizinischen Fakultäten wird bereits durch das Programm „Akademisierung der Gesundheitsfachberufe“ gefördert.

*e) Die Enquetekommission befürwortet einen stärkeren Fokus auf den Theorie-Praxis-Transfer, damit das Wissen aus der Forschung adäquat für die Pflegepraxis und die Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf nutzbar gemacht und somit das Theorie-Praxis-Gefälle minimiert wird.*

Der Empfehlung wird zugestimmt. Bei der Begutachtung der im Rahmen des Programms „Akademisierung der Gesundheitsfachberufe“ des Wissenschaftsministeriums beantragten Studiengänge wurde auf die Realisierung des Theorie-Praxis-Transfers großen Wert gelegt.

*f) Die Enquetekommission regt den Auf- und Ausbau eigenständiger Forschung auch in Abgrenzung zu anderen Disziplinen an.*

Der Empfehlung wird inhaltlich zugestimmt. Die pflegewissenschaftlichen Fakultäten, vor allem an den Hochschulen für angewandte Wissenschaften, haben schon in den letzten Jahren ein eigenständiges Forschungsprofil entwickelt. Durch den Ausbau pflegewissenschaftlicher Studiengänge und den damit verbundenen Aufbau an wissenschaftlichem Personal wird diese Forschungskompetenz weiter gestärkt.

*g) Zur Ermöglichung akademischer Karrieren in der Pflege sind zusätzliche Master-Studiengänge einzurichten und Promotionen im Bereich der Pflege zu ermöglichen.*

Die Empfehlung wird befürwortet und im Rahmen des Programms „Akademisierung der Gesundheitsfachberufe“ auch umgesetzt.

### **3.6.9 Handlungsautonomie**

*a) Die Enquetekommission setzt sich für eine Neuordnung der Aufgabenverteilung bzw. Verantwortungsstrukturen für die Gesundheitsberufe ein. Dazu ist eine Reform notwendig, die die Vorbehaltsaufgaben bei der Heilbehandlung neu definiert.*

Die Regelungskompetenz für die Gesundheitsberufe liegt beim Bund. Die Sachverständigenkommission zur Beurteilung der Entwicklungen des Gesundheitswesens hat zur Neuordnung der Aufgabenverteilung zahlreiche Vorschläge gemacht.

*b) Die Enquetekommission empfiehlt eine zeitnahe Auswertung der nach der Heilkundeübertragungsrichtlinie (§ 63 Abs. 3 c SGB V) durchgeführten Modellvorhaben.*

Die Modellvorhaben werden evaluiert. Allerdings hat das bundesweit erste und bisher einzige Modellvorhaben in Sachsen-Anhalt gerade begonnen. Baden-Württemberg ist dabei, ein solches Modellvorhaben ebenfalls auf den Weg zu bringen.

*c) Eine Aufgabenumverteilung muss sich im Budget der Leistungserbringer widerspiegeln.*

Eine Neuordnung der Aufgabenverteilung muss auch leistungsrechtlich nachvollzogen werden. In Vergütungsverhandlungen werden die Krankenkassen sich mit den betroffenen Leistungserbringern verständigen, wie sich ein Aufgabenzuwachs bzw. eine Aufgabentlastung im Budget der Leistungserbringer widerspiegelt.

*d) Die Enquetekommission regt an, dass der Bund die Heilkundeübertragung auch für andere Berufsgruppen innerhalb der Gesundheitsberufe ermöglicht.*

Die Empfehlung wird unterstützt. Sie ist eine schon häufig von Baden-Württemberg und allen anderen Bundesländern gegenüber dem Bund erhobene Forderung.

### **3.7.1 Strukturmodell zur Entbürokratisierung**

- a) *Die Enquetekommission spricht sich dafür aus, in möglichst vielen Einrichtungen in Baden-Württemberg schlanke Pflegedokumentationen einzuführen, die sich am Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation orientieren.*

In Baden-Württemberg haben bereits zahlreiche Einrichtungen auf das neue Strukturmodell „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ umgestellt. Derzeit (Stand: 3. Juni 2016) liegt Baden-Württemberg bei einem Anteil von 35,6 Prozent. Das Sozialministerium treibt die Umsetzung des Strukturmodells in Baden-Württemberg voran und hat zu diesem Zweck bereits im Juli 2015 ein Kooperationsgremium initiiert, das im Sozialministerium tagt und dessen Vorsitz die Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e. V. sowie der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) in geteilter Verantwortung innehaben. In diesem Kooperationsgremium werden aktuelle Fragen der Umsetzung des neuen Strukturmodells in Baden-Württemberg erörtert und einer Lösung zugeführt. Bislang gestaltet sich die Umsetzung positiv; immer mehr Einrichtungen entschließen sich dazu, ihre Pflegedokumentation nach dem neuen Strukturmodell zu gestalten. Die Landesregierung wird diesen Prozess auch weiterhin positiv begleiten und unterstützen.

- b) *Die Enquetekommission regt auf Bundesebene an, die weitere Verstetigung des Projekts zur Einführung des Strukturmodells sicherzustellen.*

Baden-Württemberg hat sich gemeinsam mit den übrigen Ländern von Beginn an für eine Verstetigung des Projekts auf Bundesebene eingesetzt. Nachdem sich der Bund ursprünglich bereits Mitte 2016 aus der Förderung des Projekts zurückziehen und die Förderung des Projektbüros Ein-STEP einstellen wollte, gelang es den Ländern, den Bund dazu zu bewegen, das Projekt auf Bundesebene fortzuführen. Das Projekt wird nun bis zum Ende der Legislaturperiode im September 2017 fortgeführt. Bis dahin soll auch die Finanzierung des Projekts grundsätzlich gesichert sein. Die Länder hatten sich im Gegenzug bereit erklärt, an der Entwicklung und dem Aufbau nachhaltiger Nachfolgestrukturen ab September 2017 mitzuarbeiten. Gleichwohl wird das Projektbüro ab Mitte 2016 personell verschlankt. Auch die Finanzierung der Regionalkoordinatoren wäre eigentlich eingestellt worden, womit das Projekt die regionale Steuerung und Unterstützung ab 17. Juni 2016 auf die Gremienarbeit hätte beschränken müssen.

Um das Projekt gleichwohl qualitativ hochwertig weiterführen und insbesondere die Implementierung der neuen Pflegedokumentation auch in der teilstationären Pflege sowie in der Kurzzeitpflege vorantreiben zu können, hat sich ein Großteil der Länder bereit erklärt, die Finanzierung der hierfür erforderlichen und beim Projektbüro angesiedelten Projektkoordinatoren zu übernehmen.

- c) *Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, sich auf Bundesebene für eine Ausweitung des Strukturmodells auf weitere Bereiche (Tages- und Kurzzeitpflege, Eingliederungshilfe, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen) einzusetzen und ihrerseits Möglichkeiten der Umsetzung im Land zu schaffen.*

Die Länder haben sich von Beginn an dafür eingesetzt, das Strukturmodell nicht nur in der stationären Langzeitpflege, sondern flächendeckend einzuführen. Derzeit findet die Anpassung des Strukturmodells an die besonderen Anforderungen der Tages- und der Kurzzeitpflege statt. Über eine Anpassung des Strukturmodells für die übrigen Einrichtungsarten, z. B. Krankenhäuser, wird auf Bundesebene bereits nachgedacht.

- d) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, sich bei landesrechtlichen Regelungen und Vorgaben – beispielsweise bei Erlassen für die Heimaufsicht und Regelungen zur Ausbildung – an den Inhalten des Strukturmodells zu orientieren und dessen Umsetzung zu fördern.*

Die Landesregierung hat sich von Beginn an gemeinsam mit den übrigen Ländern für die Einführung des Strukturmodells stark gemacht. Dem entsprechend hat sie auch die Heimaufsichtsbehörden frühzeitig, nämlich im Juli 2014, im Erlasswege über das Strukturmodell informiert und diese dazu aufgefordert, die Umsetzung des Projekts in Baden-Württemberg positiv zu begleiten. Ferner hat sie die Heimaufsichtsbehörden im Rahmen von zwei Fachveranstaltungen unter Mitwirkung des Projektbüros Ein-STEP im Umgang mit dem neuen Strukturmodell im Rahmen von Qualitätsprüfungen geschult. Die Orientierungshilfe für die Heimaufsichtsbehörden in Baden-Württemberg, wird an die aktuellen Gesetzes- und Veränderungsänderungen angepasst.

Was den Bereich der Ausbildung anbelangt, wird eine Handreichung erarbeitet werden, um die neuen Inhalte in die Ausbildung einzubeziehen.

### **3.7.2 Pflegedokumentation**

- a) Enquetekommission fordert die Landesregierung auf, sich weiter für eine fachlich fundierte Reduzierung der Dokumentation in der Pflege einzusetzen. Als wesentliche Voraussetzungen können dazu Wahl und Verwendung geeigneter Dokumentationsinstrumente beitragen, die eine systematische Vorgehensweise ermöglichen und eine optimale Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf unterstützen. Sie sollen weiterhin den Anforderungen an die methodische Güte entsprechen, gut verständlich sein und unmittelbar für die Pflegeplanung sowie deren Evaluation eingesetzt werden können.*

Die Landesregierung setzt sich nach wie vor für eine fachlich fundierte Reduzierung der Dokumentation in der Pflege ein. Sie hat das Bundesprojekt „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ von Anbeginn an unterstützt und begleitet den Umsetzungsprozess aktiv. Zu diesem Zweck wurde vom Sozialministerium ein Kooperationsgremium initiiert, das von Trägerseite geleitet wird und die Umsetzung der neuen Pflegedokumentation im Land begleitet. In diesem Kooperationsgremium wurde berichtet, dass die Umstellung vor allem noch durch Umsetzungsschwierigkeiten auf Seiten der EDV-Anbieter behindert werde. Deshalb soll ein klärendes Gespräch mit den EDV-Anbietern stattfinden. Außerdem steht für die EDV-Anbieter auf der Seite des Projektbüros Ein-STEP ein Anforderungsprofil zur Verfügung. Baden-Württemberg setzt sich gemeinsam mit anderen Ländern für die Verstärkung des Bundesprojekts ein und finanziert die Ende Juni 2016 auslaufende Förderung der Regionalkoordinatoren weiter [vgl. Antwort zu 3.7.1.b)].

- b) Die Enquetekommission empfiehlt die rechtliche und finanzielle Ermöglichung einer EDV-gestützten Übergabe pflegerelevanter Informationen beim Wechsel zwischen den Sektoren oder innerhalb der Sektoren. Hierbei sind insbesondere die Überlegungen zur elektronischen Patientenakte unter Berücksichtigung des Datenschutzes weiterzuentwickeln.*
- c) Die Enquetekommission regt bei den Einrichtungen und ambulanten Diensten den Einsatz EDV-gestützter Systeme mit einheitlichen Standards und entsprechenden universellen Schnittstellen bei der tagtäglichen Pflegedokumentation an.*

Diese Empfehlungen sind bei IT-gestützten Systemen in der Regel sinnvoll, weil damit Schnittstellen- und Datenschutzproblematiken umgangen werden können. Zudem ist die Pflege eingebettet in ein Gesundheitssystem, dessen Digitalisierung für eine verbesserte Dokumentation, Kommunikation und Prozesssteuerung weiter vorangetrieben wird, z. B. mit einer elektronischen Patientenakte.

*d) Die Enquetekommission empfiehlt, auf Bundes- wie auf Landesebene die Rechtsvorschriften und staatlichen Vorgaben für die Pflege in Bezug auf deren Auswirkungen auf die Dokumentation hin zu überprüfen und stärker zu systematisieren. Widersprüche sind zu identifizieren und gegebenenfalls aufzulösen. Maßstab muss die Reduzierung auf das mindestens erforderliche Maß sein, um Qualität zu sichern. Mit der gleichen Intention sollen die Einrichtungen und deren Träger ihre selbst auferlegten Vorgaben – wie Qualitätsmanagement und Haftungsvorbeugung – überprüfen.*

Die Landesregierung unterstützt diese Empfehlung. So wurden die Heimaufsichtsbehörden des Landes bereits mit Erlass vom 10. Juli 2014 durch das Sozialministerium gebeten, den Weg der flächendeckenden Umsetzung des Projektes „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ positiv zu begleiten. Außerdem hat das Sozialministerium am 10. Juli 2015 dazu für die Heimaufsichtsbehörden einen Fachtag veranstaltet und am 8. Dezember 2015 im Rahmen einer Sonderfachtagung für die Heimaufsichtsbehörden eine Fragerunde mit der Regionalkoordinatin des Projektbüros Ein-STEP durchgeführt.

*e) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, der Heimaufsicht aufzuerlegen, dass sie ihrerseits einen Beitrag dazu leistet, dass Dokumentationsanforderungen auf das notwendige Maß begrenzt werden, und dass sie ihrerseits Einrichtungen dahingehend berät, sich an den Konzepten der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation zu beteiligen.*

Die Pflegedokumentation dient der vollständigen Sammlung aller bewohnerrelevanten Daten und ist Grundlage der professionellen Pflege. Sie sichert den gleichen Informationsstand aller Pflegekräfte und dient ihrer rechtlichen Absicherung. Der Umfang der Pflegedokumentation ist nicht auf heimrechtliche Vorgaben zurückzuführen.

Es obliegt allein den Einrichtungen, welches Dokumentationssystem sie verwenden. Die Ausführungen in der Orientierungshilfe für die Heimaufsichtsbehörden, welche Informationen im angewandten Dokumentationssystem erfasst werden müssen, werden bei der Aktualisierung der Orientierungshilfe differenziert im Hinblick auf Einrichtungen, die nach dem Strukturmodell zur Entbürokratisierung arbeiten oder ohne das Strukturmodell.

Der Empfehlung der Enquetekommission, dass die Heimaufsicht Einrichtungen dahingehend berät, sich an den Konzepten der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation zu beteiligen, kann nicht umgesetzt werden, da dies einen Eingriff in die unternehmerische Entscheidungsfreiheit der Einrichtungen bedeuten würde. Die Heimaufsichtsbehörden wurden allerdings bereits Mitte 2014 aufgefordert, den Weg der flächendeckenden Umsetzung des Projektes positiv zu begleiten und die auf das fachlich und rechtlich notwendige Maß reduzierte Pflegedokumentation bei ihren Überprüfungen der Qualität nach dem WTPG zu akzeptieren.

*f) Die Enquetekommission empfiehlt eine klare Abgrenzung der Prüfungsgegenstände zwischen Heimaufsicht und MDK und eine gemeinsame diesbezügliche Abstimmung.*

Die Prüfaufträge des MDK einerseits und der Heimaufsicht andererseits unterscheiden sich grundlegend. Es handelt sich dabei um zwei eigenständige gesetzliche Grundlagen mit eigenen Schwerpunkten und unterschiedlichen Sanktionsmöglichkeiten. Der Prüfauftrag der Heimaufsicht nach § 17 i. V. m. §§ 20 ff. WTPG für stationäre Einrichtungen besteht in der präventiven und konkret ordnungsrechtlichen Gefahrenabwehr und dient dem Bewohnerschutz. Der Prüfauftrag des MDK gem. § 114 SGB XI i. V. m. der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) für stationäre Einrichtungen dagegen besteht vornehmlich in der Überprüfung der leistungsrechtlichen Vereinbarungen. Die Prüfmethodik und Prüftiefe unterscheidet sich ebenfalls. Die Heimaufsicht begutachtet unabhängig von statistischen Vorgaben und wählt die Bewohnerinnen und Bewohner frei aus. Der MDK bezieht die Bewohnerinnen und Bewohner nach bundesweit geltenden Vorgaben in seine Stichprobe ein. Die Heimaufsicht überprüft Struktur- und Prozessqualität (bauliche Aspekte, Hygiene, Arzneimittelversorgung, freiheitsbeschränkende Maß-

nahmen etc.), während der MDK den Schwerpunkt auf die Ergebnisqualität setzt. Die Heimaufsicht kann Mängel mit Belegungsstopp, Beschäftigungsverboten, Anordnungs- bzw. Untersagungsverfügungen oder Bußgeldern durchsetzen, die auch sofort greifen, während der MDK auf vertragsrechtliche Maßnahmen beschränkt ist. Die Zusammenarbeit zwischen den Prüfinstitutionen Heimaufsicht, MDK und PKV-Prüfdienst regelt die aufgrund von § 25 Abs. 1 S. 3 WTPG geschlossene Vereinbarung über die Form der Zusammenarbeit, insbesondere über die Durchführung gemeinsamer Prüfungen und die Möglichkeiten einer Abstimmung bei der Bewertung von Sachverhalten vom 1. August 2015.

*g) Die Enquetekommission empfiehlt dringend, dass die gesetzlichen Krankenkassen Regressansprüche gegenüber Heimen bei Sturzereignissen oder sonstigen kritischen Ereignissen nicht mehr regelhaft, sondern nur noch in begründeten Fällen durchzusetzen versuchen.*

Diese Empfehlung ist an die Krankenkassen gerichtet. Diese müssen Regressansprüche prüfen und entsprechend der gesetzlichen Vorgaben im Rahmen ihres Ermessens tätig werden.

*a) Die Enquetekommission empfiehlt den Ausbildungsstätten sowie den Kranken- und Altenpflegeschulen in Zusammenarbeit mit den Hochschulen für Pflegewissenschaften, die Anforderungen an eine der Steuerung des Pflegeprozesses verpflichteten Pflegedokumentation zum zentralen Gegenstand der Ausbildung zu machen. Die Erkenntnisse und Ansätze des Strukturmodells sind hierbei einzubeziehen.*

In den Lehrplänen der einjährigen Berufsfachschule für Altenpflegehilfe und der dreijährigen Berufsfachschule für Altenpflege gibt es ein eigenes Lernfeld „Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren“, das in allen Ausbildungsjahren unterrichtet und dem Ausbildungsstand der Schülerinnen und Schüler angemessen weiterentwickelt wird. Die jeweils rechtlich vorgegebene Pflegedokumentation ist Gegenstand der Ausbildung. Im Unterricht wird den Auszubildenden das neue Strukturmodell neben anderen Dokumentationsmöglichkeiten vermittelt.

Wie dies in der gemeinsamen Pflegeausbildung verankert sein wird, kann derzeit nicht eingeschätzt werden.

*b) Die Enquetekommission empfiehlt, dass im Zusammenhang mit der Implementierung des Strukturmodells Schulungs- und Qualifizierungsprogramme zur Pflegedokumentation gefördert und gefördert werden. Gefördert von nach dem WTPG zuständigen Behörden und gefördert durch das Sozialministerium in einer konzertierten Aktion mit den Verbänden der Einrichtungsträger und der Leistungsträger.*

Die vom Bund finanzierte Schulung von einer gewissen Anzahl an Lehrkräften als Multiplikatoren wird von den Schulen als nicht ausreichend angesehen. Mittlerweile haben darüber hinaus weitere Lehrkräfte Fortbildungen erhalten, die von den Multiplikatoren angeboten wurden. Damit wurden bisher noch nicht alle Lehrkräfte erreicht, insbesondere diejenigen nicht, die weder den öffentlichen Schulen noch einem Verband angehören, über den Schulungen angeboten und gefördert werden. Hier sollten noch Schulungsmöglichkeiten bereitgestellt werden.

*c) Die Enquetekommission empfiehlt, die datenschutzrechtlichen Anforderungen an die Führung der Pflegedokumentation mithilfe des Datenschutzbeauftragten des Landes zu profilieren und die datenschutzrechtlichen Anforderungen und Standards in die Schulungsprogramme aufzunehmen.*

Die zur Pflegedokumentation verpflichteten Einrichtungen unterliegen bereits den Regelungen des Sozialdatenschutzes nach SGB X sowie der Landes- und Bundesdatenschutzgesetze zu Datenschutz und Datensicherheit.

Sollten bei Führung der Pflegedokumentation datenschutzrechtliche Sachverhalte relevant werden, kann die Empfehlung aufgenommen werden. Was den Bereich

der Schulungsprogramme anbelangt, kann eine Handreichung erarbeitet werden, um die neuen Inhalte einzubeziehen.

### **3.7.3 Prüfungen durch Heimaufsicht und MDK**

- a) *Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, eine Bundesratsinitiative mit der Zielsetzung einer deutlicheren Entflechtung der Aufgaben von Heimaufsicht und MDK einzubringen. Die Aufgabenstellung des MDK soll dabei stärker auf Beratung und die Leistungsinhalte des SGB XI fokussiert werden. Die Erkenntnisse aus dem Modellprojekt Entbürokratisierung von externen Qualitätsprüfungen sind dabei zu berücksichtigen.*
- b) *Die Landesregierung wird aufgefordert, eine Konzeption zur besseren Aufgabenabgrenzung und zur Abstimmung von Kontrollbesuchen durch MDK und Heimaufsicht in Baden-Württemberg vorzulegen. Schwerpunkte davon sollen insbesondere klare Abgrenzungen der Prüfungsinhalte zur Vermeidung von Doppelprüfungen sowie eine bessere und verlässliche Terminkoordination sein. Qualitätsmanagementanstrengungen der Einrichtungen und Dienste sind dabei zu würdigen.*
- c) *Die Enquetekommission empfiehlt, den MDK stärker auf Beratung und die Leistungsinhalte des SGB XI zu fokussieren.*
- d) *Die Enquetekommission empfiehlt den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Land Baden-Württemberg, sich an Überlegungen zu beteiligen, die Qualitätssicherungsfunktionen des MDK grundlegend neu zu bestimmen. Diese Neubestimmung soll bezogen auf alle Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeleistungen nach dem SGB XI und unter Nutzung der Begutachtungs- und Wiederbegutachtungsverfahren erfolgen. Mit entsprechend in der Qualitätssicherung gut aufgestellten Einrichtungen und Diensten ließe sich ein solches Konzept steuern. Mittelfristig soll der MDK seine Qualitätssicherungsfunktion bezogen auf Einrichtungen abgeben und durch eine konsequent subjektbezogene ersetzen.*

Verweis auf 3.7.2.f)

Ziel der Vereinbarung nach § 25 Abs. 1 S. 3 WTPG zur Zusammenarbeit zwischen den Prüfinstitutionen vom 1. August 2015 ist es, die Prüftätigkeit der Prüfinstitutionen (Heimaufsicht, MDK und PKV-Prüfdienst) effektiv zu koordinieren, Aufgabenbereiche klar abzugrenzen und Terminabsprachen zu regeln. Das Ziel, einen zeitlichen Abstand von mindestens vier Monaten zwischen den Regelprüfungen der einzelnen Prüfinstitutionen einzuhalten, wird bereits jetzt in der Regel erreicht

Qualitätsmanagementanstrengungen der Einrichtungen, wie z. B. die Benennung eines Qualitätsmanagementbeauftragten oder die Zertifizierung durch ein Prüfunternehmen (Gütesiegel) werden von der Heimaufsicht im Rahmen der Regelbegehungen gewürdigt und können positiv in die Bewertung einfließen.

### **3.7.4 Sicherung der Pflegequalität**

- a) *Die Landesregierung wird aufgefordert, sich auf nationaler Ebene für die Verbesserung der Pflegequalität durch die Entwicklung weiterer evidenzbasierter Standards für zentrale Bereiche der Pflege einzusetzen. Dazu sollen u. a. die Bemühungen des Deutschen Netzwerks zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) bei der Entwicklung nationaler Expertenstandards und der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen (BUKO-QS) herangezogen werden.*

Sollten Vorschläge für entsprechende Forschungsprojekte zur Entwicklung evidenzbasierter Standards zur Verbesserung der Pflegequalität eingebracht werden, prüft das Sozialministerium, ob solche Vorschläge in dem durch Landesmittel geförderten „Innovationsprogramm Pflege“ mit einbezogen werden können.

- b) Die Enquetekommission ersucht die Landesregierung, den im PSG II vorgesehenen Weg, ein neues Verfahren der Qualitätsprüfung zu vereinbaren und dabei insbesondere Indikatoren zur Messung von Ergebnisqualität zu berücksichtigen, zielführend zu unterstützen. Für den teilstationären Bereich sind eigene Verfahren zu entwickeln.

Die Länder werden vom Bundesministerium für Gesundheit bei der Entwicklung eines neuen Verfahrens der Qualitätsprüfung miteinbezogen.

### 3.8.1 Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

- a) Es bedarf einer regelmäßigen Dynamisierung und Weiterentwicklung der Leistungen der Pflegeversicherung. Weitere zu berücksichtigende Faktoren neben der Dynamisierung der Leistungen sind die Stärkung der häuslichen Pflege, eine stärkere Vernetzung und Verzahnung von Leistungsangeboten im pflegerischen Bereich und die Stärkung von Prävention und Rehabilitation. Ferner sollten die Interessen der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler sowie die Gewährleistung der Beitragsstabilität berücksichtigt werden. Die Enquetekommission begrüßt die Einführung eines einheitlichen pflegebedingten Eigenanteils in den vollstationären Pflegeeinrichtungen durch das Pflegestärkungsgesetz II. Darüber hinaus wird gefordert, dass der Anstieg des Eigenanteils der Menschen mit Pflegebedarf bzw. ihrer Angehöriger, z. B. durch eine dynamisierte Erhöhung der Leistungen, gedämpft wird. Hierzu ist eine Bundesratsinitiative für eine regelmäßige und regelgebundene Leistungsanpassung einzubringen.
- b) Die Landesregierung ist aufgefordert, sich für die stärkere Berücksichtigung des allgemeinen Begleitungs- und Betreuungsbedarfs von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Rahmen des SGB XI einzusetzen.

Mit der aufgrund des 2. Pflegestärkungsgesetzes zum 1. Januar 2017 verbundenen Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments sowie der Anhebung der ambulanten Leistungsbeträge und der Festlegung der vollstationären Leistungsbeträge werden die entsprechenden anfallenden Mehrausgaben insbesondere durch die Anhebung des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung um 0,2 Beitragssatzpunkte, die hälftig jeweils vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer zu tragen sind, finanziert. Vor diesem Hintergrund wird die Landesregierung die weitere Entwicklung beobachten.

- c) Die Enquetekommission empfiehlt, die Situation von alleinlebenden Frauen mit besonders in den Blick zu nehmen. Das Sozialrecht muss geschlechtergerecht ausgestaltet werden. Finanzielle Risiken für pflegende Angehörige müssen abgemindert werden, da überproportional viele Frauen zugunsten der Pflegearbeit auf Erwerbstätigkeit verzichten. Es ist zu prüfen, in wieweit der Rentenanspruch der pflegenden Angehörigen zu reformieren ist.

Auf die Ausführungen zu 3.3.3 Gesetzliche Ansprüche bzgl. Vereinbarkeit ausbauen h) wird verwiesen.

- d) empfiehlt die Enquetekommission die Einführung eines persönlichen Budgets und gleichen Zugang zu den Leistungen unabhängig von der Versorgungsform. Die Landesregierung wird aufgefordert, Modellprojekte zur Erprobung von Persönlichen Budgets für Menschen mit Pflegebedarf zu entwickeln.

Mit dem Ziel der sozialraumorientierten und innovativen Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen fördert das Land gegenwärtig im „Innovationsprogramm Pflege“ das Projekt „Ambulante rund um die Uhr Betreuung für pflegebedürftige Menschen im Landkreis Karlsruhe“. Den Nutzern wird unter einer als Casemanagement angelegten Begleitung ein persönliches Budget zur Verfügung gestellt. Dies soll eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit durch eine individuell abgestimmte Kombination aus ambulanten Pflegesachleistungen der örtlichen Sozialstationen, Tagespflege, Nachbarschaftshilfe und anderen ehrenamtlichen Angeboten ermöglichen.



### **Zukünftige Finanzierung der Sozialversicherungssysteme**

*In der Enquetekommission konnte für keine der beiden nachstehenden Varianten zur Finanzierung der Sozialversicherungssysteme eine Übereinstimmung erzielt werden. Aus diesem Grunde werden beide Varianten gleichberechtigt dargestellt.*

#### Variante 1 der Fraktionen GRÜNE und SPD

*Die Fraktionen von GRÜNEN und SPD fordern eine Abkehr vom Zwei-Säulen Modell aus sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegeversicherung und die Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung:*

- Soziale Risiken können so abgedeckt werden. Ein rasanter Anstieg der Beiträge aufgrund der demografischen Entwicklung kann verhindert werden. Die Pflege-Bürgerversicherung bietet finanziellen Spielraum für eine Leistungsausweitung und eine Dynamisierung der Leistungen.*
- Versicherte sollen weiterhin ihre Versicherung freiwählen können. Freiwillige Zusatzversicherungen sollen auch zukünftig abgeschlossen werden können.*
- Leistungen der Pflege-Bürgerversicherung sollen regelmäßig zu zwei Dritteln an die Lohn- und zu einem Drittel an die Inflationsentwicklung angepasst werden.*

*Die Fraktionen von GRÜNEN und SPD fordern deshalb die Landesregierung auf, eine Bundesratsinitiative mit dem Ziel der Einführung einer Bürgerpflegeversicherung zu ergreifen.*

*Als kurzfristige Maßnahme bis zur Einrichtung der Bürgerpflegeversicherung ist ein Finanzausgleich zwischen Pflege- und Krankenversicherung einzuführen.*

#### Variante 2 der Fraktionen CDU und FDP/DVP

*Die Fraktionen von CDU und FDP/DVP sprechen sich dafür aus, die gesetzliche und private Kranken- und Pflegeversicherung als eigenständige Systeme beizubehalten. Auch in der Anhörung konnte außer kurzfristigen Finanzierungseffekten zugunsten der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zum Nachteil der privat Versicherten kein nachhaltiger Vorteil in Bezug auf ein anderes Finanzierungssystem genannt werden.*

---

*Die Enquetekommission spricht sich für die Beibehaltung der Pflegeversicherung als Teilleistungsversicherung aus. Alle an der Pflege beteiligten Kassen und Institutionen werden gebeten, verstärkt an die Eigenvorsorge zu appellieren.*

Der von der Enquetekommission gesetzte Appell zur Eigenvorsorge ist vollumfänglich zu unterstützen.

Die Landesregierung wird aufgefordert, bei der Umwandlung der Pflegestufen in Pflegegrade und der Änderung des Begutachtungsverfahrens auf die erforderliche Anpassung an die Landesrahmenverträge hinzuwirken.

Die Frage der Anpassung der Landesrahmenverträge aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit den neuen Pflegegraden und des neuen Begutachtungsinstruments nach dem 2. Pflegestärkungsgesetz ist eine Selbstverwaltungsaufgabe der Vertragsparteien nach dem SGB XI.

### **Pflegevorsorgefonds und Eigenvorsorge**

*In der Enquetekommission konnte für keine der beiden nachstehenden Varianten zur Finanzierung über den Pflegevorsorgefonds und der Eigenvorsorge eine Übereinstimmung erzielt werden. Aus diesem Grunde werden beide Varianten gleichberechtigt dargestellt.*

Variante 1 der Fraktionen GRÜNE und SPD

Die Umlagefinanzierung der Pflegeversicherung ist beizubehalten. Experimente zum Kapitaldeckungsverfahren sind abzulehnen. Insofern ist der Pflegevorsorgefonds aufzulösen. Freiwerdende Mittel sind zur Ausfinanzierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes zu verwenden.

Die Fraktionen von GRÜNEN und SPD appellieren an den Bund, den Pflegevorsorgefonds nach den §§ 131 ff. SGB XI ersatzlos zu streichen und die dafür vorgesehenen Beitragssatzmittel zur Finanzierung aktuell notwendiger Leistungen zu verwenden, z. B. zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes.

Der Bund, das Land und die Kassen sind gehalten, die Menschen auf Beitragserhöhungen vorzubereiten.

Die Fraktionen von GRÜNEN und SPD empfehlen die Abschaffung des sogenannten Pflege-Bahrs auf Bundesebene.

Die Landesregierung wird deshalb gebeten, eine Bundesratsinitiative zur Einstellung der staatlichen Förderung für private Pflegezusatzversicherungen einzubringen.

Variante 2 der Fraktionen CDU und FDP/DVP

Die Fraktionen von CDU und FDP/DVP empfehlen, den Pflegevorsorgefonds nicht nur beizubehalten, sondern auch fortzuentwickeln.

Die Landesregierung ist angehalten, die Weiterentwicklung und positive Begleitung der Eigenvorsorge im Pflegefall, auch unter Verweis auf staatlich geförderte private Vorsorge, voranzutreiben.

**3.8.2 Investitionskosten**

Die Enquetekommission empfiehlt:

a) eine stärkere Förderung der ambulant betreuten Wohnformen, beispielsweise im Rahmen des Innovationsförderungsprogramms Pflege;

Die Landesregierung unterstützt die Verbreitung von ambulant betreuten Wohnformen durch eine investive Förderung von Leuchtturmprojekten im Rahmen des „Innovationsprogramms Pflege“. In den Jahren 2015 und 2016 wurden Förderbescheide für insgesamt 14 Wohngemeinschaften erteilt. Kriterien wie räumliche Ausgestaltung bezüglich Wohnlichkeit, Demenzgerechtigkeit und Normalität, bauliche Einbindung in den Ort und konzeptionelle Einbindung der ortsansässigen Bürgerinnen und Bürger finden hier besondere Berücksichtigung. Dabei legt die Landesregierung Wert darauf, dass sich die jeweiligen Wohngemeinschaften in enger Kooperation mit der Fachstelle für unterstützte Wohnformen wie auch der Heimaufsicht in einen Prozess der Entwicklung von Qualitätsstandards für ambulant betreute Wohngemeinschaften einbringen.

b) für den Fall, dass die Selbstverwaltung zeitnah zu keiner einvernehmlichen Regelung bei der Refinanzierung der Investitionskosten gelangt, den Erlass einer Rechtsverordnung durch das Sozialministerium gemäß § 82 SGB XI.

Die Refinanzierung von Investitionskosten ist nicht Gegenstand des Ordnungsrechts (Heimrecht, Baurecht etc.); sie erfolgt vielmehr im Rahmen der Vergütungsbildung des jeweiligen Leistungsrechts (SGB XI, SGB XII) und obliegt damit ausschließlich der Selbstverwaltung. Die Bildung des Investitionskostensatzes ist zwischen Leistungserbringern und dem Kommunalverband für Jugend und Soziales seit Jahrzehnten in vielen Punkten umstritten (z. B. Bestimmung des Kostenrichtwerts, Abschreibungsdauer, Eigenkapitalverzinsung). Eine Landesverordnung wäre voraussichtlich weniger geeignet, all diese Fragestellungen umfassend und zufriedenstellend zu lösen. Deshalb hat sich das Sozialministerium auf Wunsch der Leistungserbringerverbände bereit erklärt, die bestehenden Differenzen im Rahmen einer Arbeitsgruppe „Investitionskostenberechnung“ moderierend

einer Lösung zuzuführen. Diese Arbeitsgruppe hat sich im Oktober 2015 konstituiert. Der Prozess verläuft bislang in einer sehr konstruktiven Weise und wird derzeit für zielführender erachtet, als der Erlass einer Landesverordnung.

*c) Die Landesregierung wird aufgefordert, ein Gutachten über Investitionskosten und Investitionskostenlücken bei Pflege- und Eingliederungseinrichtungen in Auftrag zu geben und nach der Auswertung mit den Trägern der Einrichtungen eine Maßnahmenplanung zur Linderung von Investitionslücken vorzulegen.*

In der oben unter 3.8.2 b) erwähnten Arbeitsgruppe „Investitionskostenberechnung“, die sich indes auf die Altenhilfe beschränkt, wurden bereits vorliegende Gutachten der Leistungserbringerverbände sowie der Leistungsträger erörtert. Diese werden derzeit neben weiteren Materialien (z. B. Regelungen in den anderen Ländern) zur Grundlage des Diskussionsprozesses in der Arbeitsgruppe gemacht. Sollte sich im Lauf des Prozesses weiterer Bedarf nach wissenschaftlicher Begutachtung ergeben, wird das Sozialministerium entsprechende Aufträge erteilen. Bislang verläuft der Diskussionsprozess in sehr konstruktiver Weise, weshalb entsprechender Bedarf bislang nicht gesehen wurde.

Für den Bereich der Eingliederungshilfe können auf der Grundlage der derzeit gültigen Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums zur Investitionsförderung von Behinderteneinrichtungen (VwV Investive Förderung) stationäre und teilstationäre Angebote von Einrichtungen der Behindertenhilfe gefördert werden. Voraussetzung für eine stärkere Förderung des ambulant betreuten Wohnens wäre eine deutliche Vergrößerung des Finanzvolumens, das für die Förderung im Bereich der Wohnformen von Menschen mit Behinderungen insgesamt zur Verfügung steht.

Die VwV Investive Förderung ist bei ihrer letzten Novelle bereits auf die stärkere Förderung innovativer und inklusiver Angebote ausgerichtet worden. Bei der im Laufe des Jahres 2017 anstehenden Novelle der VwV soll diese Fokussierung beibehalten werden. Im Vorfeld der Überarbeitung wird die derzeit gültige VwV evaluiert; dabei werden auch die Detailfragen behandelt, die mit der Thematik Investitionen und Finanzierung zusammenhängen. Es wird daher keine Notwendigkeit gesehen, ein Gutachten über Investitionskosten, Investitionskostenlücken bzw. Investitionslücken einzuholen. Zu beachten ist, dass durch eine grundsätzliche Veränderung der Finanzierungs- und Investitionsstrukturen im Bereich der Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht alle Beteiligten gleichzeitig finanziell entlastet werden können, sondern dass die finanziellen Lasten allenfalls anders verteilt werden können.

### **3.8.3 Häusliche Krankenpflege**

#### *Handlungsempfehlungen:*

*Die Enquetekommission fordert das Sozialministerium auf, die Kostensteuerungsinstrumente der gesetzlichen Krankenkassen zur Begrenzung der Ausweitung der Verordnungen und Leistungen der häuslichen Krankenpflege auf ihre fachliche und rechtliche Belastbarkeit hin zu überprüfen und an einem runden Tisch mit Leistungserbringern, Leistungsträgern und Vertretern von Versicherten die Befunde zu diskutieren.*

Der behandelnde Arzt verordnet auf den Grundlagen des § 37 SGB V sowie der Richtlinie des G-BA über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP) die nach seiner ärztlichen Auffassung medizinisch notwendige HKP. Die Krankenkasse prüft deren Notwendigkeit ebenfalls entsprechend diesen Richtlinien.

Aufgrund dieser bundesgesetzlichen Regelungen sieht die Landesregierung keine Möglichkeit in diesen Verordnungs- und Genehmigungsprozess steuernd einzugreifen. Der behandelnde Arzt ist in seiner Therapiefreiheit nicht beeinflussbar und bei der jeweils zuständigen Krankenkasse liegt das bundesgesetzliche Recht der Prüfung und Genehmigung. Kostensteuerungsinstrumente der Krankenkassen dienen mit der Beitragsstabilität, so unterliegen auch die Vergütungsvereinbarungen der im SGB V verankerten Grundlohnsommendeckelung.

*Die Enquetekommission bittet die Landesregierung, an den G-BA zu appellieren, darauf hinzuwirken, dass der Leistungskatalog für die häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V um näher zu beschreibende Leistungen der Steuerung des Pflegeprozesses ergänzt wird. Für den Fall, dass dies nicht gelingt, empfiehlt die Enquetekommission der Landesregierung, über eine Bundesratsinitiative entsprechende Regelungen im SGB V zu treffen.*

Der G-BA beschließt – bis auf in der Verfahrensordnung festgelegte Ausnahmen – über die Einleitung eines Beratungsverfahrens und beauftragt einen Unterausschuss oder eine Arbeitsgruppe mit der Durchführung. Voraussetzung dafür ist bei einigen Arbeitsfeldern ein Beratungsantrag, der von bestimmten, vom Gesetzgeber festgelegten Antragsberechtigten gestellt wird.

So ist beispielsweise für die Einleitung eines Methodenbewertungsverfahrens ein solcher Antrag notwendig. Antragsberechtigt sind die unparteiischen Mitglieder des G-BA, der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Patientenvertretung. Außerdem können alle kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Bundesverbände der Krankenhausträger entsprechende Anträge stellen. Die Möglichkeit einer direkten Antragstellung für eine Änderung des Leistungskatalogs in der HKP-RL durch die Landesregierung besteht demnach nicht.

Zunächst müsste geklärt werden, wie die „näher zu beschreibenden Leistungen der Steuerung des Pflegeprozesses“ aussehen sollten. Dies vor allem auch vor dem Hintergrund, dass im Leistungsverzeichnis der HKP-RL bereits die verordnungsfähigen Maßnahmen der HKP aufgelistet sind. Außerdem ist geregelt, dass pflegerische Prophylaxen, Lagern und Hilfen bei der Mobilität Bestandteil der verordneten Leistungen in dem Umfang sind, wie sie zur Wirksamkeit der verordneten Leistungen notwendig sind, auch wenn die Häufigkeit, in der sie nach Maßgabe der individuellen Pflegesituation erbracht werden müssen, von der Frequenz der verordneten Pflegeleistungen abweicht.

*Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, beim Bund eine Anpassung des § 37 Abs. 1 SGB V dahingehend anzuregen, dass die DRG-Systematik berücksichtigt wird und Leistungen gewährt werden, wenn diese geeignet oder notwendig sind, um einen Krankenhausaufenthalt zu verhindern oder um nach einem zu kurzen Aufenthalt wieder zu genesen.*

Die im § 37 Abs. 1 SGB V geregelte Behandlungspflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Hierzu gehört auch die sog. Krankenhausvermeidungspflege (HKP) wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die HKP vermieden oder verkürzt wird).

Mit Inkrafttreten des neuen § 37 Abs. 1 a SGB V ab 1. Januar 2016 können Versicherte u. a. nach einem Krankenhausaufenthalt für den Fall, dass keine Pflegebedürftigkeit i. S. des SGB XI vorliegt, nunmehr die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erhalten. Damit wird sichergestellt, dass für die Fälle Leistungen der Grundpflege und/oder der hauswirtschaftlichen Versorgung verordnet werden können, bei denen die Betroffenen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sich angesichts der erheblichen Auswirkungen der Behandlung zuhause nicht selbst versorgen können und hierdurch ein Bedarf an grundpflegerischer und hauswirtschaftlicher Versorgung besteht. Ein gleichzeitiger Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ist in diesen Fällen ausnahmsweise nicht erforderlich.

Auch durch die neue Regelung in § 39 c SGB V wird die sog. Versorgungslücke zwischen der Krankenhauserlassung und einer Gesundung in der Häuslichkeit geschlossen (seit 1. Januar 2016). Demnach haben Versicherte nunmehr Anspruch auf die im Einzelfall erforderliche Kurzzeitpflege entsprechend § 42 SGB XI für eine Übergangszeit, wenn Leistungen der HKP nach § 37 Abs. 1 a SGB V bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht ausreichen. Dies ist für die Fälle gedacht, bei denen ein spezieller Unterstützungsbedarf besteht – allerdings nur dann, wenn keine Pflegebedürftigkeit i. S. des SGB XI vorliegt.

So sorgt die Neuregelung des Entlassmanagements (§ 39 Abs. 1 a SGB V) ebenfalls dafür, dass die zur Pflege, Nachsorge und Rehabilitation notwendigen Maßnahmen als Bestandteil der Krankenhausbehandlung bereits durch den sozialen Krankenhausdienst eingeleitet werden (z. B. die Möglichkeit von Verordnungen bei der Entlassung aus der stationären Behandlung für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen für HKP, Arzneimittel, Hilfsmittel, und Soziotherapie).

Insofern sind bereits jetzt durch die nunmehr bestehende Rechtslage die in der Handlungsempfehlung genannten Bereiche abgedeckt.

*Die Enquetekommission mahnt an, dass sich gesetzliche Krankenkassen und Leistungserbringer auf Verfahren der Bewilligung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im häuslichen Bereich verständigen. Diese Verfahren müssen zu einer unbürokratischen, schnellen und eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellenden Genehmigung der Leistungen führen.*

Die Landesregierung unterstützt diese Handlungsempfehlung. Die Umsetzung obliegt jedoch den Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer.

### **3.8.4 Sektorengrenzen**

*Die Enquetekommission empfiehlt:*

- a) die schrittweise Aufhebung der Sektorengrenzen zu prüfen;*
- b) die leistungsrechtliche Ermöglichung von Modellprojekten, bei denen stationäre Einrichtungen „ambulantisiert“ werden, d. h. Modellprojekte, bei denen in den stationären Einrichtungen eine Pflege nach ambulanten Maßstäben erfolgt und entlohnt wird;*

Die Landesregierung sieht auf den Sozialraum ausgerichtete Versorgungsformen als zielführend an. Die Herausforderung einer Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens ist nur in einer interdisziplinären Kooperation der medizinischen Berufsgruppen aus der Therapie, der sozialen Arbeit, der Pflege und der Ärzte zu leisten. Auf die Ausführungen zu 3.2.2.10 (Vernetzung der Versorgungsstrukturen) wird verwiesen.

Um die Versorgungsgrenzen durchlässiger zu gestalten, hat das Land Baden-Württemberg mit dem Landesgesundheitsgesetz vom Dezember 2015 den Sektorenübergreifenden Landesausschuss als gemeinsames Gremium an den Schnittstellen des ambulanten und stationären Sektors dauerhaft rechtlich verankert. Im Sektorenübergreifenden Landesausschuss beraten Vertretungen der Kostenträger, der Leistungserbringer, der Heilberufekammern, der Kommunalen Landesverbände, der Verbände der Pflegeberufe sowie der Patientenorganisationen gemeinsam über die Weiterentwicklung medizinischer Versorgungsstrukturen – insbesondere über die sektorenübergreifende Versorgung einschließlich Notfallversorgung sowie Schnittstellen zu Rehabilitation und Pflege. Die Empfehlungen des Sektorenübergreifenden Landesausschusses fließen über das vorsitzende Sozialministerium sowie über die Landesgesundheitskonferenz in den politischen Willensbildungsprozess ein.

Seit Januar 2016 fördert das Sozialministerium für die Laufzeit von zwei Jahren ein Modellprojekt zur Sektorenübergreifenden Versorgung. Ziel ist die Erarbeitung eines sektoren- und landkreisübergreifenden Versorgungskonzeptes in der Modellregion Südwürttemberg (Landkreise Biberach, Ravensburg, Reutlingen). Das Modellprojekt besteht aus zwei zusammenhängenden Teilprojekten und wird von Bürgerdialogen gestützt. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet. Aus dem Modellprojekt gewonnene Erkenntnisse und Erfahrungen sollen anschließend landesweit zur Verfügung stehen und zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen dienen.

Alle relevanten Partner wie z. B. die Landräte, die Krankenhausträger, die Kasenärztliche Vereinigung, die Krankenkassen, der Öffentlichen Gesundheitsdienst, Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsfachberufe einschließlich der

Gesundheitsförderung und Prävention und der Pflege sowie Bürgerinnen und Bürger werden an der Erstellung des Versorgungskonzeptes in der Modellregion beteiligt.

Die Landesregierung begrüßt die Empfehlung b). Derzeit werden Modellprojekte bereits durchgeführt. Beispielhaft sei das vom GKV-Spitzenverband geförderte Modellvorhaben „Ambulantisierung von Hausgemeinschaften“ der BeneVit Pflege in Baden-Württemberg GmbH genannt werden, das diese am Standort Wyhl initiiert hat. Im Projektbeirat waren neben anderen Akteuren das Sozialministerium als oberste Heimaufsichtsbehörde und die AOK als Vertreterin der gesetzlichen Pflegekassen vertreten. In dem Anfang 2015 eingerichteten Projektbeirat gelang es, für dieses Modellprojekt sowohl heimrechtlich, als auch leistungsrechtlich Lösungen zu finden, obschon das Projekt weder dem stationären, noch dem ambulanten Bereich eindeutig zuzuordnen ist.

*c) die Zuständigkeit für die Leistungen der Behandlungspflege auch im stationären Bereich zügig der Krankenversicherung rückzübertragen.*

Hier erfolgt ein Verweis auf die Ausführungen zu Punkt 3.3.7 f) auf Seite 302 des Berichts der Enquetekommission.

*Die Landesregierung wird aufgefordert,*

*d) ein Modellprojekt zu entwickeln, das eine stärkere Beteiligung der Krankenkassen beim Übergang in die Pflege vorsieht unter Berücksichtigung von Erfahrungen in anderen Staaten;*

Die Landesregierung hält eine enge Kooperation der Akteure an der Nahtstelle von der Krankenhausbehandlung zu ambulanter Pflege für notwendig. Im Rahmen des „Innovationsprogramms Pflege“ fördert sie mehrere Modellprojekte, die diese Zielsetzung untersuchen und verschiedene Ansätze und Wege erproben.

Inwieweit eine engere Verzahnungen der Aufgaben der unterschiedlichen beratenden und unterstützenden Strukturen wie der Pflegeberatung und auch der Pflegeschulungen der Pflegekassen hinreichend ist oder auch weitere Angebote erforderlich sind, kann anhand der zu erwartenden Ergebnisse vertieft erörtert werden.

Zur umfassenden und auch vergleichenden Diskussion dieser Ergebnisse wird mit Förderung aus dem „Innovationsprogramm Pflege“ eine Expertise mit Handlungsempfehlungen zur disziplinübergreifenden Versorgungsoptimierung an der Schnittstelle Akutkrankenhaus und häuslicher Wohn – und Versorgungssituation entwickelt.

*e) Modellvorhaben zur sektorenübergreifenden Vernetzung von Prävention, Rehabilitation und Akutversorgung zu initiieren;*

Auf Ziffer 3.8.4 a) und b) wird verwiesen.

*f) gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden und den anderen Ländern eine Gesetzesinitiative zu ergreifen, die die Rückverlagerung der Zuständigkeit für die Behandlungspflege in Heimen auf die gesetzliche Krankenversicherung zum Gegenstand hat. Damit würden auf der einen Seite Kommunen als Sozialhilfeträger und Privatzahler entlastet und auf der anderen Seite die Krankenkasse belastet;*

Auf die Bewertung zu 3.8.4 c) wird verwiesen.

g) darauf hinzuwirken, dass der Betreuungsbedarf von Menschen mit Demenz im Krankenhaus finanziell abgebildet wird. Eine Refinanzierung der Kosten für eine 1:1 Betreuung durch Alltagsbegleitungen soll im SGB V oder SGB XI aufgenommen werden. Außerdem empfiehlt die Enquetekommission zu prüfen, inwieweit die als Sachleistungen zu gewährenden fachpflegerischen Leistungen stärker im Sinne der Vorbehaltsaufgaben der Fachpflege profiliert werden können und müssen und welche Möglichkeiten bestehen, sie aus einer Hand zu finanzieren und zu steuern.

Gleichzeitig soll die Landesregierung anregen, die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes auch dazu zu nutzen, das Leistungsrecht der sozialen Pflegeversicherung zu flexibilisieren, soweit es sich um Leistungen handelt, in denen die persönliche Tätigkeit einer Pflegefachkraft nicht erforderlich ist. So sollen systematisch Erfahrungen mit Sachleistungs- und Persönlichen Budgets gesammelt werden und auf eine entsprechende Weiterentwicklung des Leistungsrechtes auf Bundesebene hingewirkt werden.

Es handelt sich grundsätzlich um ein sinnvolles Anliegen, die Zuständigkeit liegt allerdings beim Bundesgesetzgeber.