

## **Große Anfrage**

**der Fraktion der SPD**

**und**

## **Antwort**

**der Landesregierung**

### **Wie weit ist die Landesregierung bei der Umsetzung der Empfehlungen der Pflegeenquete aus den Abschnitten 3.1 und 3.2?**

Große Anfrage

Wir fragen die Landesregierung:

1. Welche neuen Formen im Leistungserbringungsrecht außerhalb des Wohnens, die in den letzten Jahren mit Mitteln des Innovationsprogramms Pflege gefördert wurden, haben sich als besonders wirksam herausgestellt und welche davon haben sich inzwischen in der Pflege etabliert?
2. Wie viele AAL-Lotsinnen und -Lotsen (AAL = Ambient Assisted Living oder auch altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben) bzw. Senioren-Technik-Botschafterinnen und -Botschafter sind in Baden-Württemberg im Einsatz?
3. Wann und mit welchem Ergebnis wurde die Empfehlung der Pflegeenquete, eine öffentlichkeitswirksame Kampagne durchzuführen, deren Ziel es ist, in der Bevölkerung das Bewusstsein zur Vorsorge und Prävention zu stärken, im Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention beraten?
4. Mit welchem Ergebnis haben die Rahmenvertragspartner inzwischen über eine bessere Refinanzierung der Fahrzeiten ambulanter Dienste verhandelt?
5. Zu welchen Erkenntnissen hat der Runde Tisch Häusliche Krankenpflege inzwischen geführt und welche Veränderungen, vor allem in der Finanzierung dieser Leistung, wurden inzwischen erreicht?
6. Mit welchen weiteren Mitteln und an welchen Stellen setzt sie sich insgesamt entsprechend der Festlegung im grün-schwarzen Koalitionsvertrag für eine kostendeckende Finanzierung der häuslichen Krankenpflege ein?

7. Hat sie inzwischen Forschungsprojekte über den Zusammenhang der Aussicht auf die Bewilligung von Pflegeleistungen und der Herkunft der Menschen mit Pflegebedarf oder zum Gesundheitsstatus von pflegenden Angehörigen initiiert bzw. gefördert?
8. Wie konnten durch die Arbeit im Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention inzwischen die Prüfung und Etablierung präventiver Prozesse zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit vorangetrieben werden?
9. Welche Fortschritte gibt es inzwischen bei der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen?
10. Wie können als Umsetzung der jüngst vorgestellten Ergebnisse des Modellprojekts Prävention für Senioren Zuhause (PräSenZ) präventive Hausbesuche regelhaft in den Kommunen Baden-Württembergs zum Einsatz kommen und wie können diese finanziert werden?
11. Welche Fortschritte konnte sie inzwischen hinsichtlich der Verbesserung und Vereinheitlichung der statistischen Erfassung von Einrichtungen der Rehabilitation und der Inanspruchnahme von Rehabilitationsangeboten erreichen und erfolgt dazu eine Bundesratsinitiative?
12. Wie weit ist inzwischen der Ausbau von Angeboten der ambulanten und mobilen Rehabilitation in Baden-Württemberg?
13. Wie viele geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen wurden in den vergangenen Jahren in Baden-Württemberg bewilligt, entspricht die Bewilligungspraxis aus ihrer Sicht dem Bedarf und wird sie zur Verbesserung der Bewilligungspraxis eine Bundesratsinitiative einbringen?
14. Wann wird das Sozialministerium die angekündigte Verbraucherbrochüre zum Geriatriekonzept herausgeben?
15. Welche Fortschritte sind aus ihrer Sicht insbesondere mit dem Inkrafttreten des Rahmenvertrags zum 1. Oktober 2017 beim Entlassmanagement hinsichtlich der Beratung und Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen zu verzeichnen und welche Herausforderungen bestehen dazu noch?
16. Wie viele hausärztlich-geriatrische Basisassessments wurden in den letzten Jahren in Baden-Württemberg von Vertragsärztinnen und -ärzten abgerechnet und hält sie diese Zahl für angemessen?
17. Wann erfolgt die im grün-schwarzen Koalitionsvertrag angekündigte Bundesratsinitiative mit dem Ziel der Verankerung eines Rechtsanspruchs der Reha-Einrichtungen auf eine leistungsorientierte Vergütung im Sozialgesetzbuch (SGB) V und SGB IX, die die Investitionskosten zeitgemäßer Rehabilitationsmedizin (technische und räumliche Ausstattung) sowie die Qualitätsvorgaben und Personal- und Sachkostensteigerungen abdeckt?
18. Wann erfolgt die im grün-schwarzen Koalitionsvertrag angekündigte Bundesratsinitiative mit dem Ziel der Mitverantwortung der sozialen Pflegeversicherung für die geriatrische Rehabilitation und einem entsprechenden Ausgleichsmechanismus zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung?
19. Welche Erkenntnisse ergeben sich aus der vom Sozialministerium in Auftrag gegebenen Analyse geriatrischer Versorgungsstrukturen?
20. Wie ist der aktuelle Stand zur Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137 i SGB V und welche Auswirkungen könnten diese auf die Personalausstattung in den entsprechenden Abteilungen baden-württembergischer Krankenhäuser haben?

21. Wie beurteilt sie die bisher beabsichtigten Inhalte des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes der Bundesregierung, mit welchem etliche Teile aus den Handlungsempfehlungen der Pflegeenquete zur Personalsituation umgesetzt werden könnten und welche wichtigen Aspekte sind aus ihrer Sicht darin noch zu verbessern?
22. Wie weit ist der Stand des vom Sozialministerium angekündigten Modellvorhabens nach § 63 Absatz 3 c SGB V und was sind seine Inhalte?

23.07.2018

Stoch, Gall, Hinderer, Kenner, Wölfle  
und Fraktion

#### Begründung

Mit ihrem Abschlussbericht hat die Enquetekommission „Zukunft der Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“ über 600 Handlungsempfehlungen abgegeben. Diese wurden durch die Landesregierung in der Drucksache 16/881 inhaltlich bewertet. Mit den Drucksachen 16/2000 und der Tischvorlage in Drucksache 16/2065 hat die Landesregierung erste Berichte zur geplanten Umsetzung abgegeben. Ziel dieser Großen Anfrage ist es, die Umsetzung der Empfehlungen der Enquetekommission aus den Abschnitten 3.1 und 3.2 in den Punkten zu klären, in denen noch offene Fragen vorhanden sind.

#### Antwort\*)

Schreiben des Staatsministeriums vom 9. Oktober 2018 Nr. III:

In der Anlage übersende ich unter Bezugnahme auf § 63 der Geschäftsordnung des Landtags von Baden-Württemberg die von der Landesregierung beschlossene Antwort auf die Große Anfrage.

In Vertretung

Schopper  
Staatssekretärin

---

\*) Der Überschreitung der Sechs-Wochen-Frist wurde zugestimmt.

**Anlage:** Schreiben des Ministeriums für Soziales und Integration

Mit Schreiben vom 27. September 2018 Nr. 33-0141.5-016/4525 beantwortet das Ministerium für Soziales und Integration im Namen der Landesregierung die Große Anfrage wie folgt:

*1. Welche neuen Formen im Leistungserbringungsrecht außerhalb des Wohnens, die in den letzten Jahren mit Mitteln des Innovationsprogramms Pflege gefördert wurden, haben sich als besonders wirksam herausgestellt und welche davon haben sich inzwischen in der Pflege etabliert?*

Folgende zwei aus Mitteln des Innovationsprogramms Pflege geförderten Projekte haben wegweisende Ergebnisse für Weiterentwicklungen im Leistungserbringungsrecht aufgezeigt.

Im Projekt „AmbuNet“ wurde durch die Delegation von medizinischen Tätigkeiten an Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege ein Lösungsansatz gegen die prognostizierte medizinische Unterversorgung in ländlichen Regionen entwickelt. Qualifizierte Pflegefachkräfte absolvierten eine besondere Fortbildung zu einer sogenannten Medizinischen Fachpflegekraft (MFP). Diese mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) abgestimmte Ausbildung vermittelt die spezifischen Inhalte der Zusatzqualifikation, die Medizinische Fachangestellte (MFA) in Arztpraxen zur Übernahme von Hausbesuchen im Rahmen einer Delegation, also Tätigkeiten einer Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH), befähigen. So konnten die Fachpflegekräfte die delegierten Leistungen übernehmen. Um die dabei entstehenden Prozesse zu unterstützen, entwickelte das FZI Forschungszentrum Informatik eine webbasierte IT-Infrastruktur sowie eine mobile Anwendung.

Die Altenpflege hat in Folge ihrer erweiterten Verantwortung und eines Zusammenarbeitens auf Augenhöhe mit den Ärzten einen Imagegewinn erfahren. Die medizinische Versorgung sowie die Lebensqualität der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner wurden durch diese Kompetenzerweiterung und Übernahme der Tätigkeit sichergestellt und verbessert. Des Weiteren haben sich die Kommunikation und die kooperative und konstruktive Zusammenarbeit zwischen beiden Professionen, Medizin und Pflege, im Verlauf des Projektes zum Positiven entwickelt. Die teilnehmenden Hausärzte haben durch die Entlastung zusätzliche Zeitressourcen gewonnen, um so die Versorgung einer größeren Anzahl an Patienten und Patientinnen möglich zu machen. Für spätere Projekte kann dies als Vorbild fungieren.

Bei der abschließenden Betrachtung stellte sich durch die Prozess- und Qualitätsverbesserungen ein Potenzial für sehr hohen gesundheitsökonomischen Nutzen heraus, welcher jedoch in einer weiterführenden und größeren Evaluation erst noch seine Bestätigung finden muss. Die in diesem Projekt gewonnenen Ergebnisse und Erfahrungen fließen nun in das unter der Leitung der KVBW gemeinsam mit den Krankenkassen durchgeführte Projekt „coordinated medical care“ (CoCare) ein. Das Projekt erstreckt sich über einen Zeitraum von drei Jahren, vom 1. April 2017 bis zum 31. März 2020 und wird aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert.

Ein weiteres im Rahmen des Innovationsprogramms Pflege gefördertes Vorhaben mit wichtigen Ergebnisse für Weiterentwicklungen im Leistungserbringungsrecht ist das Projekt „Ambulante rund um die Uhr Betreuung Walzbachtal“. Darin wurde eine kostenneutrale professionelle Alternative für den Einsatz ausländischer 24h-Kräfte erprobt, die Menschen mit umfassendem Unterstützungsbedarf einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu vergleichbaren Kosten einer stationären Unterbringung ermöglicht. Umgesetzt wurde es in einem Zusammenschluss aus lokalen Akteuren bestehend aus den Sozialstationen Stutensee, Walzbachtal und Weingarten, dem Sozialdezernenten des Landkreises, der AOK Mittlerer Oberrhein und wissenschaftlichen Partnern der Evangelischen Hochschule Freiburg und des FZI Forschungszentrums Informatik sowie den Technikpartnern des Zentrums für Telemedizin Bad Kissingen und der escos automation GmbH. Das Projekt wurde als eine zweijährige Pilotierung ab April 2014 durchgeführt.

Herzstück des zu erprobenden Alternativangebots zur „Rund um die Uhr Betreuung“ ist ein durch die Sozialstation verantwortetes Case Management, das Angebote lokaler Gruppen (z. B. Nachbarschaftshilfe, Vereine) mit den Ressourcen von Angehörigen, Nachbarn und professionellen Dienstleistungen (z. B. Tagespflege, hauswirtschaftliche Hilfen, Pflege- und Betreuungsleistungen) zusammenbringt. Auf Wunsch des Betroffenen werden diese Prozesse durch den Einsatz innovativer Technologien (z. B. Sensor-Monitoring-Systeme zur Sturzerkennung/-prävention) unterstützt, die kritische Situationen in der Häuslichkeit erkennen und rund um die Uhr passgenaue Hilfe über eine Smartphone-App organisieren. Damit wurde das Ziel verfolgt, ein Modell zur „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ zu realisieren, das vorhandene Strukturen im Wohnumfeld stärkt, Technik in der Wohnung sinnvoll einbindet und anhand eines persönlichen Budgets die Tages- und Nachtpflege bedarfsorientiert abbildet. Das Pilotprojekt startete an der Diakoniesozialstation Walzbachtal und wurde im zweijährigen Projektverlauf auf die Diakoniesozialstationen Stutensee und Weingarten ausgeweitet.

Das Projekt zeigt, dass durch einen individuellen Bürger-Profi-Technik-Mix eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung auch im ländlichen Raum sichergestellt werden kann. Hierzu wurden auf Einzelfallebene Leistungen der Sozialstation (Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung) und Angehörigenpflege mit nachbarschaftlichen Unterstützungsangeboten, Ausstattung des Wohnumfeldes und „intelligenten“ technischen Hilfsmitteln kombiniert. Damit konnten folgende Ziele erreicht werden:

- Schaffung eines ambulanten Angebots, das Menschen mit Unterstützungsbedarf eine bedarfsgerechte Rund-um-die-Uhr-Betreuung zur Verfügung stellt und
- Alternativen zum Einsatz prekär beschäftigter ausländischer Pflegekräfte in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht sowie
- Übergänge (bzw. Umzüge) in ein stationäres Pflegeangebot verzögert oder verhindert.
- Der über die Sozialstation arrangierte Bürger-Profi-Technik-Mix (Case Management) soll für Betroffene bezahlbar, kostenneutral oder günstiger als die Unterbringung in einem Pflegeheim oder die Versorgung durch eine 24h-Kraft sein.

Von besonderer Bedeutung ist darüber hinaus das Finanzierungsmodell, das neben dem klassischen Zugang zu ambulanten Leistungen des Sozialgesetzbuches (SGB) XI und SGB V als Gutschein im Sinne des Persönlichen Budgets gem. § 35 a SGB XI eine Flexibilisierung der Tagespflegeleistung ermöglicht hat. Auf diese Weise entsteht quasi eine „virtuelle Tages- bzw. Nachtpflegeeinrichtung“, die – anders als ihr Sachleistungspendant – nicht zentral als Gruppenangebot zu fixen Terminen, sondern bei Bedarf dezentral als Individualangebot in der Häuslichkeit des Anspruchsberechtigten stattfindet.

Das Walzbachtaler Modell zeigt sich damit als wegweisend für die Unterstützung alter und pflegebedürftiger Menschen, weil

- ein an der individuellen Situation ausgerichteter Bürger-Profi-Technik-Mix einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht und
- belastbare und kostenneutrale Alternativen zum Einsatz von 24h-Kräften geschaffen werden, die häufig unter prekären Bedingungen in rechtlichen Grauzonen in Deutschland arbeiten und gleichzeitig in ihrem Heimatland zugunsten der Deutschen Versorgungsstruktur eine Lücke an Pflegepotential hinterlassen.

Das Angebot hat sich als kostenneutral oder günstiger als die 24h-Kräfte erwiesen.

Diese Pilotierung neuer Formen im Leistungserbringungsrecht wird nun zunächst unter den mittlerweile geänderten und weiterentwickelten Rahmenbedingungen des SGB XI in einem größeren Rahmen und mit allen Kassenarten zu erproben sein. Die Pilotierung hat aber die in diesem Ansatz liegenden Chancen deutlich gemacht.

2. *Wie viele AAL-Lotsinnen und -Lotsen (AAL = Ambient Assisted Living oder auch altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben) bzw. Senioren-Technik-Botschafterinnen und -Botschafter sind in Baden-Württemberg im Einsatz?*

„Ambient Assisted Living“ (AAL) bzw. „Assistive Technologien“ tragen dem steigenden Bedarf an Orientierungs-, Unterstützungs- und Hilfsangeboten für ältere Menschen Rechnung, die auch bei Pflege- und Unterstützungsbedarf so lange wie möglich in der gewohnten Umgebung verbleiben wollen. „Ambient Assisted Living“ steht für Konzepte, Produkte und Dienstleistungen, die neue Technologien in den Alltag einführen, um die Lebensqualität für Menschen in allen Lebensphasen, vor allem im Alter, zu erhöhen. Denn Technik- und Medienkompetenzen sowie der Einsatz neuer Technologien helfen dabei, Teilhabe und Selbstbestimmung auch im Alter aufrechtzuerhalten und bieten damit eine Antwort auf die demografischen und sozialen Herausforderungen. Der Zugang zur digitalen Welt stellt ältere Menschen ohne entsprechende Technikerfahrung allerdings nicht selten vor große Herausforderungen, für die sie Unterstützung benötigen. Eine Möglichkeit, Vorbehalte und Berührungängste abzubauen und technische Assistenzsysteme im Lebensalltag zu verankern, ist der Einsatz von AAL-Lotsinnen und -Lotsen bzw. Senioren-Technik-Botschafterinnen und -Botschaftern. Unter ihrer Anleitung können potenzielle Nutzerinnen und Nutzer frühzeitig – idealerweise vor Eintritt eines Unterstützungsbedarfs – den Umgang mit diesen Technologien erlernen und im Alltag erproben.

Die Landesregierung begrüßt, dass in Baden-Württemberg mittlerweile vielerorts haupt- und ehrenamtliche AAL-Lotsinnen und -Lotsen im Einsatz sind. Es wäre wünschenswert, wenn sich diese Entwicklung im Umfeld der Kranken- oder Pflegekassen, der Seniorenräte, Verbände, Volkshochschulen oder in Selbsthilfegruppen weiter fortsetzt. Angesichts der Breite möglicher Einsatzgebiete liegen dem Land jedoch keine gesicherten Daten über die Anzahl der in Baden-Württemberg aktiven Lotsinnen und Lotsen vor.

Es zeigt sich aber, dass viele AAL-Lotsinnen und -Lotsen im Umfeld der bestehenden technikunterstützten Musterwohnungen für ein selbstbestimmtes Leben im Alter tätig sind. So hat sich beispielsweise in dem vom Land geförderten LebensPhasenHaus in Tübingen die Idee der Techniklotsinnen und -lotsen besonders stark manifestiert. Derzeit sind dort 12 Personen vom Kreisseniorerrat Tübingen als Senioren-Technik-Botschafter und -Botschafterinnen tätig. Auch in anderen Teilen Baden-Württembergs zeigt sich eine ähnliche Entwicklung: In der Musterwohnung der GSW Sigmaringen/Sozialverband VdK in Waiblingen sind aktuell drei geschulte ehrenamtliche AAL-Botschafter und -Botschafterinnen tätig. In der Musterwohnung der Beratungsstelle Alter und Technik in Villingen-Schwenningen gibt es zwei ehrenamtliche AAL-Lotsen. Zudem bietet auch die Werkstatt Wohnen des Kommunalverbands für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) in Stuttgart eine Musterwohnung mit Informationen zum bedarfsgerechten, barrierefreien Wohnen und Bauen sowie Lösungen für ein technikunterstütztes Wohnen zu Hause. Die Beratungen und Führungen werden durch geschultes Personal der DRK Wohnberatungsstelle Stuttgart durchgeführt. Derartige Musterwohnungen sollen jedoch nicht nur potenzielle Nutzerinnen und Nutzer mit den neuen Technologien vertraut machen, sondern dienen auch der anwendungsfreundlichen Fortentwicklung der technischen Assistenzsysteme. So zeigt das FZI Forschungszentrum Informatik Living Lab smartHome/AAL in Karlsruhe in mehreren Räumen die Entwicklung von Innovationen und deren Einsatz im Alltag auf. In diesem Umfeld werden unter Anleitung von wissenschaftlichen Mitarbeitenden neue Dienste für das SmartHome und für AAL unter realistischen Bedingungen mit Anwendern und Anwenderinnen diskutiert, entwickelt und getestet.

Die Verbreitung von ehren- und hauptamtlichen AAL-Lotsen und -Lotsinnen in ganz Baden-Württemberg ist aus Sicht der Landesregierung wichtig und wünschenswert. Veranstaltungen, eine gute Beratungsstruktur für das Wohnen im Alter und die Vernetzung der Akteure untereinander können hierfür wertvolle Türöffner sein. So verzeichnet beispielsweise die Fachstelle für Pflege und Senioren im Pflegestützpunkt Tuttlingen eine große Nachfrage nach alltagsunterstützender Technik und plant deshalb die Ausweitung ihrer hauptamtlichen AAL-

Fachberatung sowie die Einrichtung eines Anschauungsraums für Geräte der alltagsunterstützenden Technik. Der Sozialverband VdK plant für 2019 die Einrichtung einer AAL-Musterwohnung für Ältere auf der Bundesgartenschau in Heilbronn. Im Rahmen der Bundesgartenschau findet am 5. Juni 2019 zudem der Landesseniorentag Baden-Württemberg statt. Dabei wird sich ein Workshop am Beispiel dieser Musterwohnung mit dem Thema AAL beschäftigen und die technischen Möglichkeiten für das Wohnen im Alter vorstellen. Ein gutes Beispiel für eine gelingende Vernetzung ist der Dachverband „Netzwerk für Senior-Internet-Initiativen (sii) Baden-Württemberg“, der landesweit die Senior-Internet-Initiativen vernetzt und bei der Aus- und Weiterbildung der Mentoren und Mentorinnen unterstützend tätig ist. Im „Netzwerk für Senior-Internet-Initiativen“ gibt es derzeit fünf ehrenamtliche AAL-Lotsinnen und -Lotsen. Bei einer Fachtagung des Netzwerks am 4. Oktober 2018 in Bad Urach ist das Thema AAL ebenfalls Teil des Programms.

Aus Sicht der Landesregierung ist es wünschenswert, dass auch andere Akteure und Regionen von den Erfahrungen dieser erfolgreichen Praxisbeispiele profitieren können, und die Idee der AAL-Lotsen und -Lotsinnen so noch stärker in die Fläche getragen wird.

*3. Wann und mit welchem Ergebnis wurde die Empfehlung der Pflegeenquete, eine öffentlichkeitswirksame Kampagne durchzuführen, deren Ziel es ist, in der Bevölkerung das Bewusstsein zur Vorsorge und Prävention zu stärken, im Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention beraten?*

Diese Empfehlung wurde bisher noch nicht im Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention beraten. Aufklärungskampagnen zu Prävention sind als alleinige Maßnahme nicht zielführend. Vielmehr ist es notwendig, in den Lebenswelten nachhaltige gesundheitsfördernde Strukturen zu schaffen. Mit der Fokussierung auf die Quartiersentwicklung entsprechend dem kommunalen Bedarf werden insbesondere auch vulnerable Zielgruppen, d. h. Menschen mit einem besonderen Bedarf, erreicht. Das Thema „Gesund im Alter“ wird selbstverständlich im Landesausschuss beraten, zuletzt stand bei der 5. Sitzung am 25. Juli 2018 ein Beitrag des Landesseniorenrats zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter auf der Tagesordnung.

*4. Mit welchem Ergebnis haben die Rahmenvertragspartner inzwischen über eine bessere Refinanzierung der Fahrzeiten ambulanter Dienste verhandelt?*

Die Refinanzierung der mit der An-/Abfahrt des Pflegedienstes in die Häuslichkeit der zu versorgenden Menschen verbundenen Kosten wird im Rahmen der Vergütungsverhandlungen zwischen den Partnern der Selbstverwaltung geregelt.

Im Bereich SGB XI haben die Rahmenvertragspartner im Kontext der Pflegsatzkommission SGB XI ambulant nicht über die Refinanzierung der Fahrzeiten verhandelt. Derzeit wird als Anhaltspunkt im Rahmen von Einzelverhandlungen die Regelung der Abrechnung über Wegepauschalen pro Hausbesuch in Höhe von 4,03 Euro angesetzt. Diese Pauschale kann unabhängig vom tatsächlichen Zeit- bzw. km-Aufwand im Einzelfall und von der eingesetzten Qualifikation der Einsatzkraft abgerechnet werden.

Im Bereich der außerklinischen Intensivpflege obliegt die Klärung und Aushandlung konkreter Finanzierungsfragen, insbesondere zur Refinanzierung von Fahrzeiten im Rahmen der häuslichen Intensivkrankenpflege nach SGB V ebenfalls den Selbstverwaltungspartnern. Zudem wird die Thematik allgemein im Hinblick auf die Frage einer auskömmlichen Finanzierung sowie der anzuwendenden Transparenzkriterien im Rahmen des Runden Tisches Häusliche Krankenpflege diskutiert. Hierzu wird auf die Ausführungen unter Ziffer 5 verwiesen.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass der Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG) Verbesserungen bei der Vergütung der Wegezzeiten in unterversorgten ländlichen Räumen vorsieht, wenn die Versorgung nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann. Deshalb sind Grundsätze für einen unbürokrati-

tisch zu gewährenden zusätzlichen Wegekostenzuschlag, der den entsprechenden Aufwand angemessen abbildet, von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132 a Absatz 1 SGB V festzulegen. Die Regelung ist bis zum 30. Juni 2019 zu treffen. Die Grundsätze sind auch von den Vereinbarungspartnern in den Vergütungsvereinbarungen im Bereich der Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Die Landesregierung beabsichtigt, sich im Gesetzgebungsverfahren im Wege eines Änderungsantrages im Bundesrat für die Aufhebung der Beschränkung der Wegekostenzuschläge auf unterversorgte ländliche Räume einzusetzen.

*5. Zu welchen Erkenntnissen hat der Runde Tisch Häusliche Krankenpflege inzwischen geführt und welche Veränderungen, vor allem in der Finanzierung dieser Leistung, wurden inzwischen erreicht?*

Vor dem Hintergrund der bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen sind die Möglichkeiten für das Land, gestaltend auf die (finanziellen) Bedingungen der Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege einzuwirken, sehr gering. Gemäß § 132 a Abs. 4 SGB V schließen die Kostenträger mit den Leistungserbringern Verträge bezüglich der Einzelheiten der Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege, der Preise und deren Abrechnung. Die inhaltliche Ausgestaltung dieser Versorgungsverträge obliegt allein den Krankenkassen und den Leistungserbringern als Vertragspartnern. Es gilt das Selbstverwaltungsprinzip, sodass die Landesregierung keinen direkten Einfluss auf die finanziellen Vertragsvereinbarungen ausüben kann.

Die Handlungsempfehlung der Enquetekommission Pflege, einen Runden Tisch mit den Akteuren des ambulanten Pflegesettings einzuberufen, wurde zwischenzeitlich umgesetzt.

Im Rahmen dieses „Runden Tisches Häusliche Krankenpflege“ werden mit allen beteiligten Akteuren in der Häuslichen Krankenpflege unter der Moderation des Ministeriums für Soziales und Integration grundlegende Themen erörtert und Lösungsansätze diskutiert. Ziel der Sitzungen ist es, auf einer gemeinsamen Basis ein Verfahren zu entwickeln, damit für die kommenden Jahre die Häusliche Krankenpflege als zentraler Bestandteil der pflegerischen Versorgung in Baden-Württemberg gesichert und zukunftsfähig gestaltet werden kann.

Zur weiteren Vertiefung wurden im Rahmen der zweiten Sitzung des Runden Tisches folgende zwei Arbeitsgruppen eingerichtet:

- Entbürokratisierung in der Häuslichen Krankenpflege
- Umsetzung Modellprojekte

Bis zur nächsten Sitzung des Runden Tisches Häusliche Krankenpflege am 26. November 2018 sollen die beiden Arbeitsgruppen Ausarbeitungen für eine flächendeckende Versorgung erstellen, die sich auch mit Fragen der Finanzierung beschäftigen wird.

*6. Mit welchen weiteren Mitteln und an welchen Stellen setzt sie sich insgesamt entsprechend der Festlegung im grün-schwarzen Koalitionsvertrag für eine kostendeckende Finanzierung der häuslichen Krankenpflege ein?*

Mit Hilfe der unter Ziffer 5 genannten Gremien versucht die Landesregierung, mit den Vertragspartnern neue Wege zu erarbeiten und diese zukünftig in der Praxis flächendeckend umzusetzen, denn die Schaffung einer größtmöglichen Transparenz hinsichtlich der Kostenentwicklung und der Qualitätskriterien ist für eine leistungsgerechte Vergütung zum Wohle der Patientinnen und Patienten unerlässlich.



*7. Hat sie inzwischen Forschungsprojekte über den Zusammenhang der Aussicht auf die Bewilligung von Pflegeleistungen und der Herkunft der Menschen mit Pflegebedarf oder zum Gesundheitsstatus von pflegenden Angehörigen initiiert bzw. gefördert?*

In dieser Fragestellung sind zwei sehr unterschiedliche Thematiken zusammengefasst. Im Hinblick auf den Zusammenhang der Aussicht auf die Bewilligung von Pflegeleistungen und der Herkunft der Menschen mit Pflegebedarf gilt, dass die Herkunft der Menschen für die Leistungsgewährung grundsätzlich keine Rolle spielt und die Herkunft demnach auch nicht systematisch dokumentiert wird. Ausschlaggebend für den Leistungsanspruch ist es, pflegeversichert zu sein und innerhalb dieses Status für die Anerkennung eines Pflegegrades die Feststellung des Grades der Selbständigkeit bzw. Unselbständigkeit. Mit Blick auf den Gesundheitsstatus pflegender Angehöriger zeigen die Rückmeldungen der Pflegekassen, dass die Förderung von Angeboten zur Unterstützung dieser bedeutsamen Gruppe deutlich in den Fokus aller Akteure gerückt ist, die die Strukturen mitverantworten.

Generell haben Forschungsvorhaben und wissenschaftliche Begleitungen zur konzeptionellen Weiterentwicklung der Pflegepraxis zugenommen. Das Bestreben, systematisch Erkenntnisse gewinnen zu wollen, die zugleich dem Postulat der Individualität und Regionalität folgen, ist nötiger denn je. Generelle Pauschalösungen sind in diesem Kontext nicht angemessen.

Im Hinblick auf die Frage der Bewilligung von Pflegeleistungen und der Herkunft der Menschen mit Pflegebedarf gibt es seitens der Pflegekassen erste Überlegungen, die Möglichkeiten der künstlichen Intelligenz zu nutzen, um bei Pflegegrad-einstufungen den Zugang zu Pflegeleistungen zu erleichtern. Diesbezügliche Überlegungen befinden sich bei der AOK Baden-Württemberg aktuell im Konzeptionsstadium. Darüber hinaus hat das Land im Rahmen des Innovationsprogramms Pflege Projekte gefördert, die Situationen sozialer Ungleichheit unterschiedlichen Hintergrunds in der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf ins Auge fassen. Als Beispiele sollen hier drei Projekte angeführt werden.

Im Modellprojekt „Interkulturell geöffneter Pflegedienst“ der AWO Ulm wurde das Ziel verfolgt, einen bestehenden ambulanten Pflegedienst interkulturell zu öffnen. Die im Stadtteil lebenden Migranten und Migrantinnen sollten mit diesem auf zwei Jahre angelegten Projekt erreicht werden. Ziel war die Schaffung von Voraussetzungen zur Integration von Migrantinnen und Migranten auch im hohen Lebensalter, indem ein „barrierefreier Zugang“ zu den entsprechenden Hilfsangeboten im Pflegefall ermöglicht wird. Das Projekt hat gezeigt, dass es einen steigenden Hilfebedarf bei Migrantinnen und Migranten im Seniorenalter gibt, dass es aber der aufsuchenden Hilfe bedarf, um dieses Angebot für diese Bevölkerungsgruppe nutzbar zu machen. Aus diesem Grund ist der Aufbau eines Netzwerkes hinein in die Migranten-Communities von elementarer Bedeutung und muss weiter geknüpft werden. Die Ergebnisse geben Hinweise auf die Notwendigkeit des Aufbaus eines allgemeinen kultursensitiven Wissens und interkultureller Kompetenz bei den Diensten und Einrichtungen, des Vorhandenseins von (auch ehrenamtlichen) Dolmetschern, von teilsegregativen Gruppen, bspw. für türkischsprachige und muslimische Besucher und Besucherinnen in der Tagespflege wie auch einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft für Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund als Alternative zum klassischen Pflegeheim.

Im Projekt „Pflegebegleitung im interkulturellen Kontext“ der Caritas Freiburg-Hochschwarzwald wurden über zwei Jahre hinweg russischsprachige Interessenten in einem zweisprachigen Pflegebegleitungskurs fortgebildet und das Netzwerk Pflegebegleitung Markgräflerland um diesen Kulturkreis erweitert. Die große Bereitschaft in diesem Kulturkreis, pflegebedürftige Angehörige im gesamten Familiensystem zu pflegen, konnte durch die Pflegebegleitung als Angebot nach § 45 c SGB XI gestärkt werden. Eine Pluralisierung und interkulturelle Öffnung im Bereich der ehrenamtlichen Arbeit wurden erreicht.

Das Projekt „Gesund und Bunt – Kultursensible Pflegeüberleitung vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung von älteren türkeistämmigen Menschen in Stuttgart“ richtete sich an ältere türkischstämmige Patientinnen und Patienten, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auf sich allein gestellt und auf Hilfe

angewiesen sind. Mit der Gewinnung und Qualifizierung von muttersprachlichen Übergangslotsinnen und -lotsen wurde eine ehrenamtliche Struktur geschaffen, die eine reibungslose Pflegeüberleitung ermöglichte. Die Erfahrungen aus dem Projektverlauf machen einen hohen Bedarf der Unterstützung in der ersten Zeit nach der Krankenhausentlassung deutlich, da die Konfrontation mit der Pflegesituation in der häuslichen Versorgung erst dort umfassend zum Tragen kommt. Um diese zu gewährleisten sind unter anderem eine stetige Sensibilisierung und Weiterqualifizierung von Mitarbeitenden in der Pflege im Bereich transkultureller Kompetenz sinnvoll, andererseits ein regionaler Netzaufbau im Sinne von stabilen Unterstützungsstrukturen zwischen den bestehenden Institutionen für eine Pflegeüberleitung ohne Versorgungsbrüche. Die Verknüpfung von Ehrenamt mit den bestehenden Strukturen in der Gesundheitsversorgung kann dabei zu einer nachhaltigen Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund und ihrer Angehörigen beitragen und auch eine tiefgreifende Sensibilisierung im Hinblick auf die Konsequenzen häuslicher Pflege fördern.

Die Abschlussberichte zu den drei genannten Projekten stehen auf der Homepage des Ministeriums für Soziales und Integration zum Download bereit (<https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/pflege/pflegeinfrastruktur/innovationsprogramm-pflege/>).

Darüber hinaus wird auf das noch laufende Projekt „Mannheim gegen Einsamkeit“ der Gesundheitsprojekt Mannheim e. G. verwiesen, das ebenso im Innovationsprogramm Pflege gefördert wird. Darin soll durch die Vermeidung von Isolation und Einsamkeit sowie die Ermöglichung von Teilhabe eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität und eine Reduktion der Pflegebedürftigkeit bei den betroffenen Menschen erreicht werden. Für dieses Vorhaben hat sich eine Projektgruppe aus Vertretern des Arztnetzes, sozialer Einrichtungen der Stadt Mannheim, der Pflegestützpunkte, mehrerer ambulanter Pflegeeinrichtungen sowie der ambulanten geriatrischen Rehabilitation Casana zusammengeschlossen. Geschulte Patinnen und Paten, die aus allen Altersklassen kommen, sollen betroffene ältere Menschen begleiten bis eine Stabilisierung erreicht wurde.

Im Hinblick auf den zweiten Themenfokus der Frage – der Initiierung von Forschungsprojekten zum Gesundheitsstatus von pflegenden Angehörigen in Baden-Württemberg – werden derzeit die Ergebnisse laufender lokaler Projekte abgewartet, die beispielsweise im Umfeld der Pflege- und Unfallkassen bereits durchgeführt werden. Hierzu zählt u. a. das von der Unfallkasse Baden-Württemberg initiierte Modellprojekt „Aufbau von Netzwerken zum Gesundheitsschutz von pflegenden Angehörigen durch quartiersnahe Unterstützung“ in Balingen (Laufzeit: Herbst 2016 bis Mai 2020). Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts erfolgt durch das Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO) in Stuttgart. Es wird umgesetzt in Kooperation mit der Stadt Balingen (Pflegestützpunkt), der DAK Gesundheit, der Deutschen Rentenversicherung (Baden-Württemberg und Bund) und der Volkshochschule Balingen e. V. Ziel dieses Projekts ist es, den Präventionsgedanken zu stärken, vorhandene Strukturen zur Unterstützung pflegender Angehöriger zu erweitern bzw. niederschwellig zu gestalten und die Akteure vor Ort besser miteinander zu vernetzen. Bestandteil der Studie ist auch eine Abfrage der Bedarfe pflegender Angehöriger in Balingen, um passgenaue und quartiersnahe Angebote zu entwickeln.

*8. Wie konnten durch die Arbeit im Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention inzwischen die Prüfung und Etablierung präventiver Prozesse zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit vorangetrieben werden?*

Die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dabei sind die kommunalen Akteure wichtige Ansprechpartner für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. In den Stadt- und Landkreisen können im Rahmen des gesetzlichen Auftrags die Kommunalen Gesundheitskonferenzen insbesondere auch Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention in Verbindung mit der Pflege erörtern. Dort können auch Ziele entwickelt und Empfehlungen mit örtlichem Bezug erarbeitet werden. Der Landesausschuss hat sich bisher noch nicht mit der Prüfung und Etablierung präventiver Prozesse zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit befasst. Im Übrigen wird auf die Ausführungen zum Modellprojekt „PräSenZ – Prävention für Senioren Zuhause“ unter Ziffer 10 verwiesen.

*9. Welche Fortschritte gibt es inzwischen bei der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen?*

Pflegeheime sollen gemäß § 119 b SGB V einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern, in der Regel Hausärztinnen und Hausärzten, abschließen. Diese Kooperationsverträge werden von den vertragsärztlichen Leistungserbringern direkt mit den Pflegeheimen geschlossen. Nach Angaben der KVBW sind diese Verträge nicht vorlagepflichtig, sodass dieser keine Übersicht über die Anzahl der geschlossenen Verträge vorliegt. Jedoch verzeichnet die KVBW eine Zunahme der Abrechnungsziffern für die Zuschläge zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Patientinnen und Patienten, die über die genannten Kooperationsverträge mit den Pflegeheimen betreut werden. Aus der Zunahme der Zuschläge kann die Schlussfolgerung einer steigenden Anzahl von Kooperationsverträgen gezogen werden.

Darüber hinaus kommt die KVBW zu der Bewertung, dass die ärztliche Versorgung der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner als befriedigend zu bezeichnen sei. Hier gebe es punktuelle Unterschiede, vereinzelt klagen die Pflegeheimleitungen über schwierige Erreichbarkeit von Hausärztinnen und Hausärzten bzw. Schwierigkeiten, Hausärztinnen und -ärzte für neue Bewohnerinnen oder Bewohner zu finden. Zudem würden nach Wahrnehmung der KVBW Pflegeheime zunehmend von Investoren gebaut und belegt werden, ohne vorab zu klären, ob vor Ort ausreichend Hausärztinnen und Hausärzte für die ärztliche Versorgung zur Verfügung stehen. Grundsätzlich bewertet die KVBW die Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern als aufwendig und als große Herausforderung für die häufig überlasteten Hausarztpraxen.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass der Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz) vorsieht, die in § 119 b Absatz 1 Satz 1 SGB V normierte Verpflichtung der Pflegeheime, Kooperationsverträge mit geeigneten vertrags-(zahn)ärztlichen Leistungserbringern zu schließen, verbindlicher auszugestalten, indem die bisherige „Soll-Regelung“ durch eine „Muss-Regelung“ ersetzt wird.

*10. Wie können als Umsetzung der jüngst vorgestellten Ergebnisse des Modellprojekts Prävention für Senioren Zuhause (PräSenZ) präventive Hausbesuche regelhaft in den Kommunen Baden-Württembergs zum Einsatz kommen und wie können diese finanziert werden?*

Das Modellprojekt „PräSenZ – Prävention für Senioren Zuhause“ wurde vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg gemeinsam mit der gesetzlichen Pflegeversicherung von 2014 bis 2017 mit 800.000 Euro gefördert. Ziel des Projekts war es, ältere Menschen noch vor Eintreten einer akuten Pflegesituation zu Hause in ihrer Gesundheits- und Lebenssituation zu informieren, zu beraten und Hilfen anzubieten. Im Mittelpunkt der Erprobung des sogenannten präventiven Hausbesuchs standen drei Kommunen unterschiedlicher Größe: Neuweiler, Rheinfelden und Ulm. Im Rahmen einer Abschlussstagung am 7. Juni 2018 in Stuttgart hat der Projektträger, das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., die Erkenntnisse und Erfahrungen aus den präventiven zugehenden Beratungen bei Seniorinnen und Senioren zu Hause sowie eine Handreichung für Kommunen zur Umsetzung präventiver Hausbesuche in der Praxis der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Mit dieser Abschlussveranstaltung verbindet die Landesregierung die Hoffnung, dass die Kommunen im Rahmen der kommunalen Daseinsfürsorge – soweit noch nicht geschehen – die präventiven Hausbesuche zukünftig umsetzen.

Aus Sicht der Landesregierung ist der präventive Hausbesuch ein wichtiges Instrument zur Gestaltung alters- und generationengerechter Quartiere, die ein selbstbestimmtes Leben im vertrauten Umfeld – auch bei Pflege- und Unterstützungsbedarf – ermöglichen. Mit der Strategie „Quartier 2020 – Gemeinsam.Gestalten.“ unterstützt das Ministerium für Soziales und Integration Kommunen und zivilgesellschaftliche Akteure bei der alters- und generationengerechten Quartiersentwicklung und setzt damit zentrale Empfehlungen der Enquetekommission

Pflege um. Die Landesstrategie bietet in den Bereichen Beratung, Förderung, Information, Vernetzung und Qualifizierung vielfältige Angebote zur kommunalen Quartiersentwicklung, mit denen zugleich die Umsetzung des präventiven Hausbesuchs gestärkt werden soll. Hierfür kommen insbesondere die Förderprogramme „Quartiersimpulse“ und das „Sonderprogramm Quartier“ infrage. Sofern der präventive Hausbesuch im Rahmen eines Quartiersprojekts erprobt wird oder umgesetzt werden soll, können Kommunen hierfür finanzielle Mittel über diese Förderprogramme beantragen.

Im Fokus der beiden genannten Förderprogramme stehen dabei Quartiersprojekte, die sich der bedarfs- und beteiligungsorientierten Gestaltung alters- und generationengerechter Quartiere widmen und in die örtlichen Kooperationsstrukturen eingebettet sind. Bei Erfüllen dieser Voraussetzungen können interessierte Kommunen über das „Sonderprogramm Quartier“ und die „Quartiersimpulse“ Sach- und Personalmittel für die Umsetzung des präventiven Hausbesuchs in ihrem Quartier beantragen. Das Besondere an dem Förderprogramm „Quartiersimpulse“ ist dabei, dass die Kommunen während des gesamten Projekts Unterstützung durch eine fachkundige Beratung erhalten, die sie selbst vorschlagen. Dies bedeutet eine erhebliche Entlastung der Kommunen, denn die Beratung unterstützt bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Maßnahmen, z. B. des präventiven Hausbesuchs. Zudem gibt es eine Online-Plattform zur Strategie „Quartier 2020 – Gemeinsam.Gestalten.“ ([www.quartier2020-bw.de](http://www.quartier2020-bw.de)) mit allen Informationen zu den Angeboten der Landesstrategie, zu erfolgreichen Praxisbeispielen und Handreichungen – auch zum Thema präventiver Hausbesuch – und mit Vernetzungsveranstaltungen, um die Kooperation aller Akteure vor Ort und den interkommunalen Austausch zu fördern. Mit diesen Unterstützungsangeboten trägt die Landesregierung zur Verbreitung des präventiven Hausbesuches in den Kommunen Baden-Württembergs bei.

*11. Welche Fortschritte konnte sie inzwischen hinsichtlich der Verbesserung und Vereinheitlichung der statistischen Erfassung von Einrichtungen der Rehabilitation und der Inanspruchnahme von Rehabilitationsangeboten erreichen und erfolgt dazu eine Bundesratsinitiative?*

Anders als etwa der Krankenhausbereich unterliegt der Bereich der stationären Rehabilitation keiner staatlichen Planung. Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen entscheiden in eigener unternehmerischer Freiheit und Verantwortung, an welchem Standort sie sich niederlassen, welche Leistungsschwerpunkte sie wählen und welches Personal sie einstellen.

Auf der Grundlage der Daten des Statistischen Landesamtes haben in den derzeit 194 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Stand: Jahr 2016 – Daten für das Jahr 2017 liegen dem Statistischen Landesamt noch nicht vor) insgesamt knapp 317.253 Patientinnen und Patienten Behandlungen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erhalten.

Eine Bundesratsinitiative ist hierzu aktuell nicht vorgesehen.

*12. Wie weit ist inzwischen der Ausbau von Angeboten der ambulanten und mobilen Rehabilitation in Baden-Württemberg?*

Korrespondierend mit dem Bericht der Enquetekommission Pflege fokussiert diese Frage die unter Punkt 3.2.2.2 genannten Handlungsempfehlungen zur geriatrischen Rehabilitation (Drucksache 15/7980: S. 261). Demnach wird im Folgenden ausschließlich auf die Angebote der ambulanten und mobilen geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg Bezug genommen. Die Landesregierung sieht die geriatrische Rehabilitation als eine wesentliche Säule in der Sicherung der Lebensqualität und der medizinischen Versorgung älterer Menschen in Baden-Württemberg. Medizinische Rehabilitation kann gerade beim alten Menschen hinsichtlich Wiedergewinnung, Verbesserung oder Erhaltung der Selbständigkeit in den alltäglichen Verrichtungen sehr erfolgreich sein. Ihr Ziel ist, eine Behinderung einschließlich Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Sie ist damit von zentraler Bedeutung 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 möglichst selbständiges Leben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen, erreichbar sein.

In Baden-Württemberg besteht ein umfangreiches und regional ausgerichtetes Angebot an geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen. Zu diesen bestehen mit den Krankenkassen Versorgungsverträge nach §§ 111 Absatz 2 bzw. 111 c SGB V. Die Landesregierung sieht den Ausbau von Angeboten der geriatrischen Rehabilitation als ambulante und mobile Versorgungsformen als sehr wichtig an. Einen hohen Bedarf in diesem Bereich sehen auch die landesunmittelbaren Krankenkassen.

Eine leistungsfähige und auf den individuellen Bedarf des alten Menschen abgestimmte Rehabilitation erfordert eine weitere Flexibilisierung des Versorgungsangebotes. Es ist daher geboten, im Bereich der geriatrischen Rehabilitation neben stationären auch weiterhin ambulante Rehabilitationsangebote zu schaffen, die eine effiziente Versorgung unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten sichern. Ebenso wie die stationäre geht die ambulante geriatrische Rehabilitation von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der die physischen, psychischen und sozialen Aspekte der Rehabilitation umfasst. Der Unterschied liegt in der täglichen Rückkehr in das häusliche Umfeld, in der Wohnortnähe der Maßnahme und in der damit grundsätzlich gegebenen Nutzung lokaler Ressourcen.

Der Versorgungsbereich der ambulanten geriatrischen Rehabilitation hat sich mit einer wachsenden Zahl von Einrichtungen etabliert. Derzeit gibt es 11 geriatrische Angebote zur ambulanten rehabilitativen Versorgung. Die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich Versorgungsverträge gem. § 111 c SGB V mit geeigneten Rehabilitations-einrichtungen. Für die ambulante Rehabilitation bilden die auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vereinbarten Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation die Grundlage. Derzeit führen die Landesverbände den Qualitätsdialog zum Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 111 c SGB V zur Erbringung ambulanter geriatrischer Rehabilitation mit zwei neuen interessierten Rehabilitationskliniken.

Die mobile Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation ist seit dem 1. April 2007 sozialrechtlich in § 40 Abs. 1 SGB V verankert. Zum 1. Mai 2007 ist die Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation in Kraft getreten. Mobile geriatrische Rehabilitation wird als Sonderform der ambulanten geriatrischen Rehabilitation im vertrauten Umfeld des Patienten durchgeführt. Diese Rehabilitationsleistung ist indiziert, wenn die rehabilitative Versorgung nicht bedarfsgerecht in einer stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden kann. Sie erfolgt durch ein interdisziplinäres Team unter ständiger ärztlicher Verantwortung und Steuerung. Die besondere Stärke der mobilen geriatrischen Behandlung ist die Einheit von Behandlung, Beratung, Erprobung und Integration in den Alltag.

In Baden-Württemberg gibt es derzeit zwei Rehabilitationseinrichtungen, die die Leistung der mobilen geriatrischen Rehabilitation anbieten. Auch hier schließen die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Versorgungsverträge gem. § 111 c SGB V mit geeigneten Rehabilitationseinrichtungen. Derzeit führen die Landesverbände den Qualitätsdialog zum Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 111 c SGB V zur Erbringung mobiler geriatrischer Rehabilitation mit einer weiteren interessierten Rehabilitationsklinik. Als eine mögliche Ursache für diesen geringen Verbreitungsgrad wird von Kassenseite angeführt, dass die Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 1. April 2007 eigenständige Anforderungen an die mobilen Rehabilitationseinrichtungen beschreibt, die sich in den Merkmalen der definierten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abbilden. Dies führe dazu, dass vorhandene ambulante und stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen die Errichtung einer mobilen geriatrischen Rehabilitation nicht aktiv vorantreiben würden und das unternehmerische Risiko scheuten.

Darüber hinaus unterstützt die Landesregierung im Rahmen der Digitalisierungsstrategie den Ausbau mobiler Rehabilitationsangebote durch digitale Gesundheitsanwendungen. Darin sind dem Themenbereich Pflege drei Projekte mit einem Fördervolumen von einer Million Euro zugeordnet. Eines dieser Modellprojekte, das Projekt VITAAL (= Videokonsile, Telemedizinische Applikationen und Alltagsunterstützende Assistenzsysteme in der Mobilen Geriatrischen Rehabilitation und Prävention), erprobt den Einsatz digitaler Technologien für die mobile geriatrische Rehabilitation. Mit diesem Projekt wird die Handlungsempfehlung der Enquetekommission Pflege umgesetzt, Angebote der geriatrischen Rehabilitation als ambulante und mobile Versorgungsformen weiter auszubauen.

Die kommunikative Anbindung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Projekt VITAAL erfolgt über Tablets mit einfacher Bedienoberfläche. Damit etabliert das Projekt die telemedizinisch unterstützte Rehabilitation und Pflege durch den Rehabilitationsanbieter in Zusammenarbeit mit Angehörigen und Pflegediensten zuhause und entwickelt ein fundiertes Konzept für einen flächendeckenden Ausbau in Baden-Württemberg. Das patienten- und prozessorientierte Konzept integriert telemedizinische Lösungen in die Behandlung. Die Umsetzung wird im Rahmen der Studie evaluiert und anschließend als Blaupause für andere Regionen zur Verfügung gestellt. Die Evaluation soll zeigen, ob die erwarteten Verbesserungseffekte wie Schnittstellenabbau, Kontinuität in der Behandlung, Adhärenz und Compliance durch Digitalisierung eintreten, und ob der Ansatz bei Mitarbeitenden und Patienten und Patientinnen auf Akzeptanz stößt.

*13. Wie viele geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen wurden in den vergangenen Jahren in Baden-Württemberg bewilligt, entspricht die Bewilligungspraxis aus ihrer Sicht dem Bedarf und wird sie zur Verbesserung der Bewilligungspraxis eine Bundesratsinitiative einbringen?*

Die Daten zur geriatrischen Rehabilitation wurden beim Statistischen Landesamt Baden-Württemberg abgefragt. Die Datenlieferung umfasst lediglich Maßnahmen der stationären geriatrischen Rehabilitation. Informationen zu ambulanten und mobilen geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen wurden nicht mitgeteilt. Demnach wurden für die Jahre 2012 bis 2016 folgende stationäre Fälle in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Baden-Württembergs erfasst.

Fachabteilung Geriatric	Vorsorge- oder Rehabilitations- einrichtungen	aufgestellte Betten	Pflegetage	Fallzahl	Nutzungsgrad der Betten	Verweil- dauer
2012	28	1.284	377.225	17.943	80,3	21,0
2013	28	1.212	368.060	17.657	83,2	20,8
2014	26	1.251	391.004	18.510	85,6	21,1
2015	38	1.814	575.143	27.739	86,9	20,7
2016	38	1.883	612.146	29.494	88,8	20,8

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Auszug aus der Krankenhausstatistik „Krankenhausbetten, Pflegetage und Patientenbewegungen (stationäre Fälle) in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Fachabteilungen“ für die Jahre 2012 bis 2016.

Das Land führt derzeit gemeinsam mit der AOK Baden-Württemberg über die Universität zu Köln eine Versorgungsstrukturanalyse zur geriatrischen Versorgung in Baden-Württemberg durch. Das endgültige Ergebnis der Studie wird voraussichtlich im November 2018 vorliegen. Aus dieser werden sich möglicherweise Rückschlüsse auf die Bewilligungspraxis der Krankenkassen und den Bedarf an geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen ergeben. Aktuell liegen der Landesregierung hierzu keine gesicherten Erkenntnisse vor. Eine direkte Abfrage des Ministeriums für Soziales und Integration bei den Krankenkassen ergab, dass mangels valider Daten zur Bewilligungspraxis keine konkreten Aussagen getroffen werden können. Das Land kann als Rechtsaufsicht über die landesunmittel-

baren Krankenkassen zum jetzigen Zeitpunkt nur sagen, dass bezüglich der Bewilligungspraxis keine Beschwerden oder Anträge von Versicherten auf aufsichtsrechtliche Prüfung bekannt sind.

Auch dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Baden-Württemberg liegen keine Informationen oder Statistiken zu Gesamtmengen oder zur Bewilligungspraxis der Krankenkassen vor. Einer Berichterstattung durch den MDK ist allein der Anteil zugänglich, der zur Prüfung vorgelegt wird. Die leistungsrechtliche Entscheidung liegt grundsätzlich bei den Kassen. Der MDK Baden-Württemberg hat beratende Funktion und wird insbesondere bei problematischen Fällen zur Begutachtung herangezogen. Die beim MDK zur Bewertung vorgelegten Fälle stellen somit per se eine Selektion problembehafteter Konstellationen dar. Nach Auskunft des MDK Baden-Württemberg wurden im letzten vollständigen Kalenderjahr drei Viertel der geriatrischen Rehabilitationsanliegen als „erfüllt“ bewertet und 9% als „teilweise erfüllt“. Letztere Bewertung bezieht sich ganz überwiegend auf Konstellationen, in denen Verlängerungsanliegen zur Dauer nicht vollständig nachvollzogen werden konnten. Über alle geriatrischen Rehabilitationsanliegen bewertet der MDK Baden-Württemberg bereits über eine längere Zeitreihe über vier Fünftel der Fälle als „erfüllt“ bzw. „teilweise erfüllt“. Zudem werden im Rahmen des Qualitätsmanagements des MDK Baden-Württemberg die Gutachten regelmäßig und kontinuierlich überprüft und die Gutachterinnen und Gutachter rezidivierend zur geriatrischen Begutachtung und zu medizinischen Themen im geriatrischen Kontext geschult.

Die Enquetekommission Pflege hat in ihren Maßnahmenempfehlungen eine Reihe von Bundesratsinitiativen angeregt. Bevor an dieser Stelle eine Bundesratsinitiative konkret geprüft wird, sind die Ergebnisse der o.g. Versorgungsstrukturanalyse zur geriatrischen Versorgung in Baden-Württemberg und die Wirkungsweise der dort erarbeiteten Maßnahmen abzuwarten.

*14. Wann wird das Sozialministerium die angekündigte Verbraucherbroschüre zum Geriatriekonzept herausgeben?*

Die Erstellung der Verbraucherbroschüre zum Geriatriekonzept hat sich aus verschiedenen beim Projektträger liegenden Gründen verzögert. Eine Vorstellung der Broschüre wird nun in der für den November geplanten Sitzung des Landesbeirats Geriatrie angestrebt.

*15. Welche Fortschritte sind aus ihrer Sicht insbesondere mit dem Inkrafttreten des Rahmenvertrags zum 1. Oktober 2017 beim Entlassmanagement hinsichtlich der Beratung und Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen zu verzeichnen und welche Herausforderungen bestehen dazu noch?*

Ein bundeseinheitliches Antragsformular für die Anschlussrehabilitation ist nach § 7 Abs. 3 des Rahmenvertrages Entlassmanagement vorgesehen. Dort heißt es, dass die Krankenkassen beabsichtigen, bundeseinheitliche Antragsformulare für die Beantragung von Anschlussrehabilitation zur Verfügung zu stellen. Nach Auskunft der Geschäftsstelle der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) befindet sich ein einheitliches Formular derzeit in Abstimmung zwischen den Vertragsparteien auf der Bundesebene.

Für die Krankenhäuser sieht die BWKG eine tatsächliche Arbeitserleichterung erst dann, wenn das einheitliche Formular in die Krankenhaussoftware eingebettet und Patientendaten automatisiert übernommen werden können. Mit einer vorherigen verpflichtenden analogen Anwendung wäre keine nennenswerte Entbürokratisierung verbunden.

Nach der geltenden Rechtslage bestimmen die Kostenträger die Reha-Einrichtungen nach den Erfordernissen des Einzelfalls. Dabei gilt ein gesetzliches Wunsch- und Wahlrecht (§ 8 SGB IX) der Betroffenen. Kostengesichtspunkte seitens der Krankenkassen sollten hier nicht im Vordergrund stehen. Eine Einschränkung des Zugangs zur Rehabilitation durch sogenannte Kliniklisten sollte nicht erfolgen. Im Anhang zum Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014 findet sich eine Auflistung stationärer, ambulanter und mobiler geriatrischer Rehabilitationseinrich-

tungen, welche mit Versorgungsverträgen nach § 111 SGB V die geeigneten Voraussetzungen für die Durchführung geriatrischer Rehabilitation in stationärer und ambulanter Form anbieten.

Mit der Zielsetzung, die Versicherten über die Angebote der geriatrischen Rehabilitation wie auch ihr Wunsch- und Wahlrecht zu informieren, ist derzeit die Verbraucherbrochure Geriatrie in Vorbereitung. Hierzu wird auf die Ausführungen unter Ziffer 14 verwiesen.

Zum Entlassmanagement für Reha-Kliniken verhandeln nach Auskunft der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) seit November 2015 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Leistungserbringerverbände auf Bundesebene die Inhalte eines Rahmenvertrages zum Entlassmanagement für Rehabilitanden der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dabei sei es den Beteiligten gelungen, bei den meisten umstrittenen Punkten einen Konsens herbeizuführen. Keine Einigung habe es allerdings bei der Vergütung des Mehraufwands gegeben. Die Verhandlungen seien vor diesem Hintergrund gescheitert und die Verhandlungsparteien bereiten den Gang vor das Bundesschiedsamt vor.

*16. Wie viele hausärztlich-geriatrische Basisassessments wurden in den letzten Jahren in Baden-Württemberg von Vertragsärztinnen und -ärzten abgerechnet und hält sie diese Zahl für angemessen?*

Die Anzahl der hausärztlich-geriatrischen Basisassessments, die in den letzten Jahren in Baden-Württemberg von Vertragsärztinnen und -ärzten abgerechnet wurden, ergibt sich aus der nachfolgenden Übersicht der KVBW. Bei der für hausärztlich-geriatrische Basisassessments geltenden Gebührenposition 03360 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) ist zwischen den Jahren 2014 und 2017 eine Zunahme um 15 Prozent zu verzeichnen.

Jahr	Anzahl	
	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment (03360 EBM)	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex (03362 EBM)
2014	555.090	1.069.811
2017	638.397	1.318.974
Veränderung in %	15 %	23 %

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Vergleich der Häufigkeit Hausärztlich-geriatrischer Basisassessment in den Jahren 2014 und 2017 bezogen auf die gesetzliche Krankenversicherung.

Die KVBW weist darauf hin, dass der Ansatz der Gebührenposition 03360 nur zweimal im Krankheitsfall, das heißt zweimal pro Jahr, und nur bei Vorliegen bestimmter, altersabhängiger und diagnostischer Voraussetzungen möglich sei. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen bewertet die KVBW die Häufigkeit der Abrechnung der Positionen zur hausärztlichen geriatrischen Versorgung als bedarfsgerecht.



17. Wann erfolgt die im grün-schwarzen Koalitionsvertrag angekündigte Bundesratsinitiative mit dem Ziel der Verankerung eines Rechtsanspruchs der Reha-Einrichtungen auf eine leistungsorientierte Vergütung im Sozialgesetzbuch (SGB) V und SGB IX, die die Investitionskosten zeitgemäßer Rehabilitationsmedizin (technische und räumliche Ausstattung) sowie die Qualitätsvorgaben und Personal- und Sachkostensteigerungen abdeckt?
18. Wann erfolgt die im grün-schwarzen Koalitionsvertrag angekündigte Bundesratsinitiative mit dem Ziel der Mitverantwortung der sozialen Pflegeversicherung für die geriatrische Rehabilitation und einem entsprechenden Ausgleichsmechanismus zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung?

Die Fragen 17. und 18. werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Unabhängig davon, dass innerhalb der Bundesländer der Themenkomplex sehr unterschiedlich bewertet wird, sieht der Koalitionsvertrag auf Bundesebene erhebliche Besserungen im Finanzierungs- und Leistungsbereich der Pflege zugunsten des Pflegepersonals bzw. der Leistungserbringer vor, mit deren gesetzgeberischen Umsetzung möglicherweise weitere Verbesserungen auch im Bereich Rehabilitationsleistungen bzw. Rehabilitationseinrichtungen verbunden werden können. Als vorrangig betreibt die Landesregierung daher zunächst den nachfolgend dargestellten Antrag für die Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2018 mit dem Ziel der Mitverantwortung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) für die geriatrische Rehabilitation und einem entsprechenden Ausgleichsmechanismus zwischen der GKV und der SPV.

Für die 95. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2018 ist von Baden-Württemberg beabsichtigt, einen Beschlussvorschlag dergestalt einzubringen, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gebeten wird, ein Forschungsprojekt zur Einbeziehung der sozialen Pflegeversicherung in die Finanzierungsverantwortung für Leistungen der geriatrischen Rehabilitation zu initiieren. Zielsetzung ist die Entwicklung eines finanziellen Ausgleichsmechanismus zwischen SPV und GKV, der Anreize für die Krankenkassen zur Bewilligung von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit setzt.

Geriatrische Rehabilitation ist eine wesentliche Säule in der Sicherung der Lebensqualität älterer Menschen. Sie stellt eine zentrale Behandlungsmaßnahme dar, wenn nach akuten Erkrankungen sowie bei chronischen Krankheiten eine anhaltende Beeinträchtigung der alltäglichen Verrichtungen und der Teilhabe am sozialen Leben droht. Der Nutzen geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen ist in verschiedenen wissenschaftlichen Studien belegt worden, so u. a. jüngst in dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsprojekt PROFinD 2 (Prevention and Rehabilitation of Osteoporotic Fractures in Disadvantaged Populations 2).

Der Sicherstellungsauftrag für die Entwicklung bedarfsgerechter regionaler Rehabilitationsangebote liegt nach § 6 SGB IX bei den Krankenkassen als Rehabilitationsträgern. Damit wird das Grundprinzip durchbrochen, wonach der Rehabilitationauftrag bei dem Träger liegt, der die durch Rehabilitation vermeidbaren Folgeleistungen zu tragen hätte. Die Krankenkassen haben jedoch nur ein geringes ökonomisches Interesse daran, Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation zu finanzieren, deren finanzielle Erfolge vornehmlich bei der SPV durch verzögerte oder vermiedene Pflegebedürftigkeit anfallen. Für den sektorenübergreifenden Ausbau der Versorgungsstrukturen beim Übergang von Akutbehandlung in Rehabilitation ist dies kontraproduktiv.

Die Einführung eines finanziellen Anreizsystems für die GKV im Sinne eines Transfersystems zwischen SPV und GKV bedarf der Klärung zahlreicher grundsätzlicher Fragestellungen. Ein Forschungsprojekt zur Klärung dieser Fragen kann dabei auf umfangreiche Vorarbeiten der vergangenen Jahre zurückgreifen. Gegenstand des Forschungsprojekts sollen aus Sicht der Landesregierung insbesondere folgende Punkte sein:

- Konzeption einer unbürokratischen Abgrenzung oder eines Ausgleichsmechanismus zwischen SGB V und XI;
- Schätzung eines ggf. erhöhten Ausgabevolumens für die SPV bzw. GKV und ihre Kompensationsmöglichkeiten;
- Auswirkungen auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich;
- notwendige gesetzliche Anpassungen in SGB V und SGB XI;
- ggf. Eingliederung der Pflegeversicherung als eigenständiger Rehabilitationsträger in das SGB XI

Vor diesem Hintergrund wird die Stellung entsprechender Bundesratsanträge zu gegebener Zeit erfolgen.

*19. Welche Erkenntnisse ergeben sich aus der vom Sozialministerium in Auftrag gegebenen Analyse geriatrischer Versorgungsstrukturen?*

Der Abschlussbericht der vom Sozial- und Integrationsministerium gemeinsam mit der AOK Baden-Württemberg in Auftrag gegebenen Analyse geriatrischer Versorgungsstrukturen liegt dem Ministerium noch nicht vor. Die Erarbeitung der Studie hat sich angesichts der hochkomplexen Materie und der Breite des zugrunde gelegten Datenmaterials als sehr aufwändig erwiesen. Die Auswertung der Daten ist noch nicht vollumfänglich abgeschlossen. Die Veröffentlichung eines Abschlussberichts ist für November 2018 vorgesehen.

*20. Wie ist der aktuelle Stand zur Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137 i SGB V und welche Auswirkungen könnten diese auf die Personalausstattung in den entsprechenden Abteilungen baden-württembergischer Krankenhäuser haben?*

Seit Juli 2017 arbeiten die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und unter Beteiligung der nach § 137 i Abs. 1 Satz 9 SGB V genannten Organisationen an dem Auftrag des § 137 i SGB V, Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche mit Wirkung zum 1. Januar 2019 zu normieren.

Der bis Juli 2018 erzielte Verhandlungsstand wurde von der Deutschen Krankenhausgesellschaft zurückgewiesen. Zentraler Kritikpunkt der Krankenhauseseite war dabei die nicht ausreichende Repräsentativität und Aussagekraft der empirischen Analyse, auf deren Basis die Festlegung der Untergrenzen erfolgen sollte. Die dünne empirische Basis der Daten hat zu einem Rechenergebnis geführt, das im Bereich der Intensivmedizin zu einer Personaluntergrenze führen würde, die über den Empfehlungen der einschlägigen Fachgesellschaft für ein optimales Versorgungsniveau liegt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat deshalb vorgeschlagen, in den sechs Bereichen ab 1. Januar 2019 auf Grundlage der bisherigen Vereinbarungen mit dem GKV-Spitzenverband zunächst die Datenerhebung in allen Kliniken durchzuführen, um dann mittels gefestigter empirischer Erkenntnisse die Entscheidung über die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen im Jahr 2020 zu treffen.

Am 23. August 2018 hat das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen einer Ersatzvornahme den Referentenentwurf für die Verordnung nach § 137 i Abs. 3 zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 vorgelegt. Untergrenzen werden für die Bereiche Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie vorgesehen. Die vom Ministerium festgelegten Untergrenzen liegen auf dem Niveau, das von Fachgesellschaften für eine qualitativ gute Versorgung gefordert wird. Deshalb wird von Krankenhauseseite bezweifelt, dass es sich hierbei um Mindestbesetzungsquoten/Untergrenzen handelt. Es wird die Gefahr gesehen, dass Behandlungskapazitäten beispielsweise auf den Intensivstationen verknappt werden müssen, wenn für je zwei Patienten mindestens eine Pflegekraft als Norm vorgegeben wird.

Die Erfahrungen mit den in der Neonatologie vorgegebenen Anhaltszahlen zeigen, dass die Einführung von Personalbesetzungsvorgaben nicht ohne Rückkopplung mit den Realitäten der Personalverfügbarkeit erfolgen darf. Die veröffentlichte Auswertung des GKV-Spitzenverbandes zur Inanspruchnahme des Pflegestellen-Förderprogramms macht deutlich, dass die Rekrutierung zusätzlicher Pflegekräfte aufgrund des Fachkräftemangels problematisch ist. Zudem muss die Gefahr berücksichtigt werden, dass aufgrund der Vorgaben zu Personalmindestbesetzungen Pflegepersonal aus anderen Bereichen wie z. B. den Reha-Kliniken und Pflegeheimen abgeworben wird und dort dann fehlt.

Die Frage der Auswirkungen der in Rede stehenden Personaluntergrenzen auf die Personalausstattung in den entsprechenden Abteilungen baden-württembergischer Krankenhäuser kann derzeit nicht seriös beantwortet werden. Wenn die Untergrößen auf Basis einer repräsentativen Stichprobe ermittelt worden wären, müssten sie bundesweit bei 25 % der Krankenhäuser zu Personalaufstockungen führen. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes liegt die Ausstattung mit Pflegepersonal in den Baden-Württembergischen Kliniken rund 5 % über dem Bundesdurchschnitt. Damit wäre für Baden-Württemberg zu erwarten, dass Personalaufstockungen in deutlich weniger als jeder vierten Klinik notwendig würden. Allerdings gibt es – wie oben ausgeführt – von Seiten der Kliniken erhebliche Zweifel an der Repräsentativität der Stichprobe. Es wird befürchtet, dass die Personaluntergrößen viel höher festgesetzt werden als geplant und damit deutlich mehr als die geplanten 25 % der Kliniken eine Personalausstattung unter der Personaluntergröße haben. Wenn der dadurch ausgelöste Personalbedarf nicht kurzfristig befriedigt werden kann, wäre zu erwarten, dass die Krankenhäuser ihre Bettenkapazitäten an die Personalkapazitäten anpassen, d. h. verringern, und das Leistungsangebot verkleinern.

Notwendig ist deshalb eine zeitliche Befristung der vorgesehenen Personaluntergrößen. Die Regelung war zum Zeitpunkt ihrer Verabschiedung als ein Gegengewicht zu den Anreizen des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups, dt. diagnosebezogene Fallgruppen) für eine möglichst geringe Personalausstattung gedacht. Mit der mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz) zum 1. Januar 2020 geplanten Ausgliederung der Pflegevergütung aus den DRGs wird dieses Motiv wegfallen. Es ist deshalb sachlogisch, die Regelung zu den Pflegepersonaluntergrößen in pflegesensitiven Bereichen bis zum 31. Dezember 2021 zu begrenzen.

*21. Wie beurteilt sie die bisher beabsichtigten Inhalte des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes der Bundesregierung, mit welchem etliche Teile aus den Handlungsempfehlungen der Pflegeenquete zur Personalsituation umgesetzt werden könnten und welche wichtigen Aspekte sind aus ihrer Sicht darin noch zu verbessern?*

Die unbestritten guten Ansätze im Entwurf des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes drohen von den Krankenhäusern überwiegend selbst finanziert werden zu müssen, wenn die vorgesehene Streichung des Pflegezuschlags gemäß § 8 Abs. 10 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) tatsächlich vollzogen würde. Der Zuschlag wurde im Jahr 2013 als „Versorgungszuschlag“ eingeführt. Das Ziel war damals, die negativen Auswirkungen der sogenannten „Doppelten Degression“ auf die Krankenhäuser zu kompensieren. Sie entstand durch den Abzug für Mehrleistungen sowohl im Landesbasisfallwert als auch in den Budgets vor Ort. Die Effekte der doppelten Degression wirken dauerhaft bis heute nach. Denn die Absenkung, die z. B. im Landesbasisfallwert 2012 aufgrund der damaligen Mengensteigerungen vorgenommen wurde, ist auch noch im Landesbasisfallwert 2018 enthalten. Deshalb muss auch die Kompensation für die doppelte Degression dauerhaft wirken. Dass der Versorgungszuschlag im Jahr 2017 in „Pflegezuschlag“ umbenannt wurde, ändert nichts an seinem Ursprungszweck. Die Mittel aus dem Pflegezuschlag müssen den Krankenhäusern daher erhalten bleiben.

Das Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz soll Fehlanreizen einer möglichst geringen Personalausstattung in der Pflege dadurch entgegenwirken, dass für den Bereich des Pflegedienstes den Krankenhäusern die individuellen Pflegepersonalkosten erstattet werden. Das ist aus baden-württembergischer Sicht zunächst zu be-

grüßen, da dabei das überdurchschnittliche Lohnniveau im Vergleich zu den bundesweit durchschnittlichen Vergütungsbestandteilen in den DRG-Fallpauschalen berücksichtigt werden kann. Soweit jedoch bisherige (Pflege-)Tätigkeiten auf Nicht-Pflegepersonal verlagert wurden oder besonders moderne bauliche Strukturen vorliegen und Kliniken mit entsprechend weniger Personal auskommen, fallen dafür auch keine bzw. weniger Pflegepersonalkosten an. Die innovativen Einrichtungen wären sodann gegenüber den weniger innovativen Einrichtungen benachteiligt, da die Pflegepersonalkosten der Innovatoren geringer ausfallen. Die in § 6 a Abs. 2 KHEntG vorgesehene Innovationsfinanzierung muss dabei auch bereits bestehende Innovationen aufgreifen und darf sich nicht ausschließlich auf neue Maßnahmen ab dem Jahr 2020 beziehen.

Im PpSG sind bislang nur Verbesserungen in der Pflegefinanzierung vorgesehen. Die sonstigen Dienstarten im Krankenhaus, aber auch der Sachmittelbereich unterliegen unverändert den bestehenden Rahmenbedingungen des DRG-Fallpauschalensystems. Für eine angemessene Vergütung der Krankenhausleistungen ist die Berücksichtigung des jeweiligen Preis- und Lohnniveaus auch weiterhin von zentraler Bedeutung, da auch nach Einführung des Pflegebudgets circa 80 % der Krankenhauserlöse über DRGs finanziert werden. Eine entsprechende Änderung in § 10 Abs. 3 KHEntG sieht das PpSG bislang nicht vor.

Durch die Fortführung des Pflege-Förderprogramms und die Einführung von Pflegebudgets in den Krankenhäusern kann es zu Lohnkostensteigerungen beim Pflegepersonal kommen. Davon sind auch die Reha-Kliniken betroffen. Um im Wettbewerb um gutes Personal bestehen zu können, müssen auch im Reha-Bereich die Voraussetzungen geschaffen werden, um steigende Personalkosten für Pflegepersonal refinanzieren zu können. Dazu müssen die Kliniken einen Anspruch auf eine leistungsgerechte Finanzierung bei wirtschaftlicher Betriebsführung erhalten.

Auch wenn die Zielrichtung des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes, die Pflege und Betreuung kranker und pflegebedürftiger Menschen durch eine veränderte Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege spürbar zu verbessern, grundsätzlich unterstützt wird, sieht die Landesregierung weiteren Anpassungsbedarf. Das Fallpauschalensystem sollte in seinen Grundzügen beibehalten und fortentwickelt werden, insbesondere durch stärkere Orientierung an den tatsächlichen Kosten. Es sollte ferner möglich werden, höhere Personalkosten in den Landesbasisfallwerten abzubilden. Zudem gilt es, auch bestehende Innovationen zu berücksichtigen und sicherzustellen, dass bei der vorgesehenen Streichung des Pflegezuschlags der Teil, der nicht in die Pflegebudgets verlagert wird, weiterhin zur Verfügung steht. Entsprechende Änderungsanträge wurden in die Beratungen des PpSG im Bundesrat eingebracht.

Die Landesregierung unterstützt grundsätzlich die genannten Maßnahmen im beabsichtigten Pflegepersonal-Stärkungsgesetz zur Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen. Jedoch sind die im PpSG neu zu schaffenden 13.000 Pflegepersonalstellen in stationären Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege lediglich als ein erster Schritt in die richtige Richtung anzusehen. Für die einzelne Pflegeeinrichtung wird unmittelbar das Mehr an Personal durch diese Maßnahme kaum spürbar sein.

*22. Wie weit ist der Stand des vom Sozialministerium angekündigten Modellvorhabens nach § 63 Absatz 3 c SGB V und was sind seine Inhalte?*

Ein Modellprojekt nach § 63 Abs. 3 c SGB V in Verbindung mit § 4 Abs. 7 Krankenpflegegesetz (KrPflG) bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Antragsteller für dieses Modellprojekt ist die Universität Heidelberg – Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, die die Qualifizierung der Pflegefachkräfte in den Versorgungsbereichen „Chronische Wunden“ und „Diabetes Mellitus Typ 2“ vornehmen will.

In mehreren Gesprächen mit dem Bundesministerium für Gesundheit hat die Universität die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Antragsstellung geklärt. Neben der Erarbeitung eines Curriculums zur Qualifizierung der Pflegefachkräfte ist es erforderlich, dass in einem zwischen der Universität und einer Krankenkasse vereinbarten Modellprojekt die Tätigkeiten definiert sind, die eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft selbständig und eigenverantwortlich ausüben und abrechnen darf.

Das Ministerium für Soziales und Integration hat die Erarbeitung des Curriculums finanziell gefördert. Das Curriculum wurde zwischenzeitlich seitens der Universität Heidelberg fertiggestellt und könnte somit dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorgelegt werden. Allerdings konnten die Vereinbarungspartner des Modellprojektes, die Universität Heidelberg einerseits und die AOK Baden-Württemberg in Übereinstimmung mit den Vertretungen der Ärzteschaft andererseits, keinen Konsens erzielen. Mehrere Gespräche teilweise unter Moderation des Ministeriums für Soziales und Integration, teilweise im direkten Austausch zwischen Vertretungen der Universität Heidelberg, der AOK und der Ärzteschaft haben noch nicht zur Unterzeichnung des Modellprojektes geführt. Seitens der berufsständischen Vertretung der Ärzte werden erhebliche Bedenken gegen eine Substitution geäußert, also die selbständige Behandlung von chronischen Wunden und Diabetes Mellitus Typ 2 durch qualifizierte Pflegefachkräfte. Vorstellbar ist für die Ärzteschaft die Ausübung dieser heilkundlichen Tätigkeit nur im Wege der Delegation.

Solange diese offenen Punkt nicht ausgeräumt sind, hat ein Antrag auf Genehmigung des Modellvorhabens beim Bundesministerium für Gesundheit keine Aussicht auf Erfolg. Deshalb will das Ministerium für Soziales und Integration in weiteren Gesprächen mit den Akteuren darauf hinwirken, dass die für das Modellvorhaben erforderlichen Voraussetzungen geschaffen werden. Denn ohne die Akzeptanz der Kassen, insbesondere aber auch der Ärzteschaft, kann das Modellvorhaben nicht durchgeführt und erst recht nicht nachhaltig im Land implementiert werden.

Lucha

Minister für Soziales  
und Integration