

Bericht
zum Staatshaushaltsplan
2017
des Ministeriums
für Soziales und Integration



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

**Bericht
zum Staatshaushaltsplan 2017
des Ministeriums
für Soziales und Integration**

Verteilerhinweis:

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinahme des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist.

Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Herausgegeben vom

Ministerium für Soziales und Integration
Baden-Württemberg
Schellingstraße 15
70174 Stuttgart

Telefon: 0711 123-0

Telefax: 0711 123-3999

Internet: www.sm.baden-wuerttemberg.de

Druck:

Henkel GmbH Druckerei, Stuttgart

November 2016

**Bericht
zum Staatshaushaltsplan
2017
des Ministeriums
für Soziales und Integration**

Inhaltsverzeichnis

Vorwort des Ministers	8
I. Haushalt, Personal und Organisation	11
1. Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben	11
2. Stellenentwicklung	12
3. Informations- und Kommunikationstechnik, neues Dienstgebäude Dorotheenquartier	14
II. Demografische Aspekte	15
1. Zentrale Faktoren des demografischen Wandels	15
2. Bürgerengagement, Ehrenamt und Freiwilligendienste	15
3. Politik für Kinder – Kinderland Baden-Württemberg	16
4. Junge Menschen	16
5. Ältere Menschen	17
6. Generationenpolitik	17
7. Bevölkerung mit Migrationshintergrund	17
8. Demografie und Gesundheitspolitik	18
III. Kinder, Jugend und Familien	20
1. Politik für Kinder	20
2. Kinder- und Jugendarbeit	22
3. Jugendbildung	23
4. Soziale Jugendarbeit in Problemgebieten	24
5. Jugendsozialarbeit an öffentlichen Schulen	24
6. Schulen an Heimen	25
7. Maßnahmen zum Jugendschutz	25
8. Runder Tisch „Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“	26
9. Runder Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“	26
10. Kostenerstattung gem. § 89 d SGB VIII bei Gewährung von Jugendhilfe für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF)	27
11. Familienpolitik	27
IV. Bürgerschaftliches Engagement, Ehrenamt, Freiwilligendienste	29
1. Allgemeines	29
2. Bürgerschaftliches Engagement und Ehrenamt	29
3. Freiwilligendienste	31

V.	Integration	32
1.	Integrationsmonitoring	32
2.	Strukturbildung im Integrationsbereich	32
3.	Sprachförderung	33
4.	Teilhabeförderung	34
5.	Dialog mit Religionsgemeinschaften und Förderung des interreligiösen Dialogs	35
6.	Interkulturelle Öffnung von öffentlicher Verwaltung und Gesellschaft	35
7.	Bekämpfung von Rassismus und Diskriminierung	36
8.	Integration und Arbeitswelt, Anerkennung von ausländischen Abschlüssen und Qualifikationen	36
9.	Vorsitz der Integrationsministerkonferenz	38
VI.	Teilhabe von Menschen mit Behinderungen	39
1.	Stiftung Anerkennung und Hilfe	39
2.	Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, Landesbehindertengleichstellungsgesetz	39
3.	Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe	39
4.	Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, Familienentlastende Dienste	40
VII.	Seniorenpolitik und Pflege	41
1.	Seniorenpolitik	41
2.	Pflege und Betreuung alter Menschen	41
3.	Heimaufsicht und Qualitätssicherung in der Pflege	42
4.	Pflegeversicherung (SGB XI)	43
VIII.	Berufsrecht sowie Aus- und Weiterbildung im Bereich der Gesundheits- und Pflegeberufe	44
1.	Landesförderung der Ausbildung von Personal in der Pflege und in sozialen Berufen	44
2.	Landesförderung privater Schulen für Gesundheitsberufe	46
IX.	Grundsicherung, Sozialhilfe und Wohlfahrt	47
1.	Sozialhilfe / Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung - Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)	47
2.	Förderung von Maßnahmen für Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (Gefährdetenhilfe)	47
3.	Verbraucherinsolvenzverfahren / Schuldnerberatung	47
4.	Betreuungsvereine	48
5.	Armuts- und Reichtumsbericht Baden-Württemberg	48

X.	Sozialversicherung	50
1.	Gesetzliche Krankenversicherung und ambulante ärztliche Versorgung	50
2.	Gesetzliche Rentenversicherung	51
3.	Berufliche Bildung in der Sozialversicherung	52
4.	Das Prüfwesen in der Sozialversicherung	53
XI.	Frauen und Gleichstellungspolitik	55
1.	Gleiche Chancen für Mädchen und Jungen	55
2.	Menschenhandel zum Zweck der sexuellen Ausbeutung	55
3.	Gewalt gegen Frauen – Umsetzung des Landesaktionsplans	55
4.	Bekämpfung von Zwangsverheiratung	56
5.	Frauen- und Kinderschutzhäuser	58
6.	Aktionsplan für Akzeptanz & gleiche Rechte Baden-Württemberg	58
7.	Kompetenzzentrum Arbeit • Diversität Baden-Württemberg	58
XII.	Zukunftsplan Gesundheit	60
1.	Landesgesundheitsgesetz – Fortführung des Gesundheitsdialogs	60
2.	Umsetzung des Gesundheitsleitbildes Baden-Württemberg	60
3.	Gesundheitsatlas	61
4.	Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg – Gesundheit in allen Lebensbereichen	62
5.	Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit und Zentrum für Bewegungsförderung am Landesgesundheitsamt – Struktur und Projekte in Prävention und Gesundheitsförderung	62
XIII.	Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung	64
1.	Maßnahmen zur Versorgung krebskranker Menschen	64
2.	Schmerz- und Palliativversorgung	65
3.	HIV und STI (Sexually Transmitted Infections bzw. sexuell übertragbare Infektionen)	67
4.	Einschulungsuntersuchung (ESU)	67
5.	Jugendzahnpflege	68
6.	Selbsthilfegruppen chronisch kranker Menschen	68
XIV.	Gesundheitsschutz	69
1.	Öffentlicher Gesundheitsdienst	69
2.	Gesundheitsschutz	70
XV.	Qualitätssicherung	74
1.	Qualitätssicherung und Bürger- und Patientenorientierung	74
2.	Medizinische Ethik	74

XVI.	Psychiatrie	76
1.	Zentren für Psychiatrie	76
2.	Maßregelvollzug	77
3.	Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz	79
4.	Außerklinische Einrichtungen und Dienste	79
XVII.	Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe	81
1.	Suchtprävention	81
2.	Suchtkrankenhilfe	82
XVIII.	Krankenhauswesen	84
1.	Allgemeines	84
2.	Krankenhausplanung	84
3.	Investitionsprogramme	86
4.	Finanzierungsbedarf	87
5.	Krankenhausstrukturfonds	87
XIX.	Förderung aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF)	89
1	ESF-Förderung 2007 - 2013 im Ziel Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung (RWB)	89
2	Europäischer Sozialfonds (ESF) - Förderperiode 2014-2020	90
XX.	Europa	91
1.	Europäische Sozial- und Gesundheitspolitik	91
2.	Grenzüberschreitende, europäische und internationale Zusammenarbeit	91

Vorwort des Ministers



Die Politik des Ministeriums für Soziales und Integration folgt dem Anspruch, einen Ordnungsrahmen zu formen, der Bürgerinnen und Bürgern die Chancen zur Teilhabe und Partizipation gibt. Sie soll Menschen befähigen, ihre Existenz und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben aus eigener Kraft oder mit Unterstützung selbstverantwortlich zu gestalten.

Eine gute Sozial-, Gesellschafts- und Gerechtigkeitspolitik hat die Aufgabe, eine niedrigschwellige und annahmefreundliche Ordnungspolitik zu gestalten. Dies geschieht in vielen Themengebieten: in der Politik für Kinder, Jugendliche und Familien, bei der Förderung und Unterstützung von bürgerschaftlichem Engagement, Ehrenamt und Freiwilligendiensten, bei der Integration von Geflüchteten, in der Politik für Menschen mit Behinderungen, der Seniorenpolitik, bei der Pflegepolitik, in der Frauen- und Gleichstellungspolitik, in der Gesundheitspolitik mit ihren unterschiedlichen Facetten sowie in vielen weiteren Themenbereichen, mit denen sich das Sozial- und Integrationsministerium befasst. Dafür werden wir die im Landeshaushalt zu Verfügung gestellten 1,67 Milliarden Euro verantwortungsbewusst, zukunftsorientiert und zielgerichtet einsetzen.

Für mich liegt es auf der Hand, dass ein Ministerium mit einem solch vielfältigen Aufgabengebiet zukünftig einen besonderen Schwerpunkt auf Projekte legen muss, die zum Zusammenhalt unserer Gesellschaft beitragen.

Das Ministerium für Soziales und Integration wird sich im Rahmen seiner Zuständigkeit zukünftig erstens stärker als bisher an die jungen Menschen richten, zweitens das Quartier neu und umfassender gestalten, drittens die Integration der neu zu uns gekommenen Menschen stärken und viertens die gesundheitliche Versorgung aller durch eine bedarfsgerechte und zukunftsorientierte Gesundheitspolitik sichern.

Der Zukunftsplan Jugend soll neu justiert werden. Gemeinsam mit den Partnern in der Jugendarbeit soll dabei der Schwerpunkt auf die Umsetzung und auf konkretes Handeln gelenkt werden, um auch diejenigen zu erreichen, die bisher teilweise vom Angebotsnetz nicht erfasst wurden. Mit den Partnern im Land soll der Zukunftsplan Jugend weiterentwickelt werden.

Mit seiner Quartiersstrategie wird das Ministerium für Soziales und Integration überschaubare Sozialräume in den Fokus nehmen, so dass Menschen mit Unterstützungsbedarf so

lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld selbstbestimmt leben können. Es geht um ein aktives Miteinander, also müssen neben barrierefreiem Wohnraum und Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen auch Möglichkeiten der Nahversorgung, Mobilität und der Beteiligung geschaffen werden. Das Ziel ist ein lebendiger sozialer Raum mit starkem bürgerschaftlichen Engagement – ob in der Stadt oder auf dem Land. Dabei ist ein dezentraler Ansatz sinnvoll, damit vor Ort passgenaue Lösungen erarbeitet werden können.

Themenbereiche, die für die Quartiersstrategie von Bedeutung sind, sind beispielsweise bürgerschaftliches Engagement und Ehrenamt, Freiwilligendienste, Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, Landesbehindertengleichstellungsgesetz, Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe, Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, familienentlastende Dienste, Seniorenpolitik, bedarfsgerechte Pflegeinfrastruktur, Heimaufsicht und Qualitätssicherung in der Pflege, Pflegestützpunkte, Berufsrecht, Aus- und Weiterbildung im Bereich der Gesundheits- und Pflegeberufe, Grundsicherung, Sozialhilfe und Wohlfahrt sowie Strukturbildung im Integrationsbereich.

Die weltweiten Krisen haben zu einem großen Aufkommen von Geflüchteten geführt, die nun nach und nach aus den Erstaufnahmeeinrichtungen des Landes in den Städten und Gemeinden vor Ort ankommen. Die Integration dieser, aber auch anderer zugewanderter Menschen kann nur dann gelingen, wenn alle gemeinsam an einem Strang ziehen. Die Landesregierung wird daher unter inhaltlicher Federführung des Sozial- und Integrationsministeriums einen Pakt mit den Kommunen abschließen. Ziel ist es, weg von der Anschlussunterbringung und hin zur Integration zu kommen – aus untergebrachten Geflüchteten sollen integrierte Mitbürgerinnen und Mitbürger werden.

Das Ministerium für Soziales und Integration wird in Zusammenarbeit mit den weiteren betroffenen Ressorts federführend die Grundlagen für den Pakt für Integration erarbeiten. Dieser Pakt wird im Jahr 2017 mit 70 Millionen Euro Landesmitteln und dem Engagement der kommunalen Seite einen wichtigen Beitrag zum gesellschaftlichen Zusammenhalt in Baden-Württemberg leisten.

Kaum ein anderes Thema wird so intensiv und so emotional diskutiert wie die Gesundheitsversorgung im Land. Es geht jetzt darum, eine innovative Versorgungsstruktur für die Zukunft zu entwickeln, die sich sektorenübergreifend und interdisziplinär an den Realitäten der demografischen Entwicklung in Baden-Württemberg ausrichtet, damit die gute Versorgung sich auch langfristig verantwortlich finanzieren lässt. Dabei spielt das Thema der Krankenhausversorgung eine zentrale Rolle.

Die Förderkriterien der Krankenhausplanung sollen bedarfsorientiert weiterentwickelt werden, so dass für jeden Bürger am richtigen Ort das richtige Angebot zur Behandlung zur Verfügung steht.

Mit unserer Sozial- und Integrationspolitik werden wir den unterschiedlichsten Menschen Teilhabechancen und Selbstbestimmung ermöglichen – von sozial Schwachen über Menschen mit Behinderung, Kranken und Pflegebedürftigen bis hin zu Geflüchteten und Migranten.

Jeden Einzelnen und jede Einzelne wollen wir befähigen, seine und ihre Chancen auf Teilhabe und Partizipation wahrnehmen zu können. Ob und wie diese Rechte und Chancen individuell genutzt werden, entscheidet jeder Mensch frei und selbstbestimmt.

A handwritten signature in black ink, reading 'Manfred Lucha'. The script is cursive and fluid, with the first name 'Manfred' and the last name 'Lucha' clearly distinguishable.

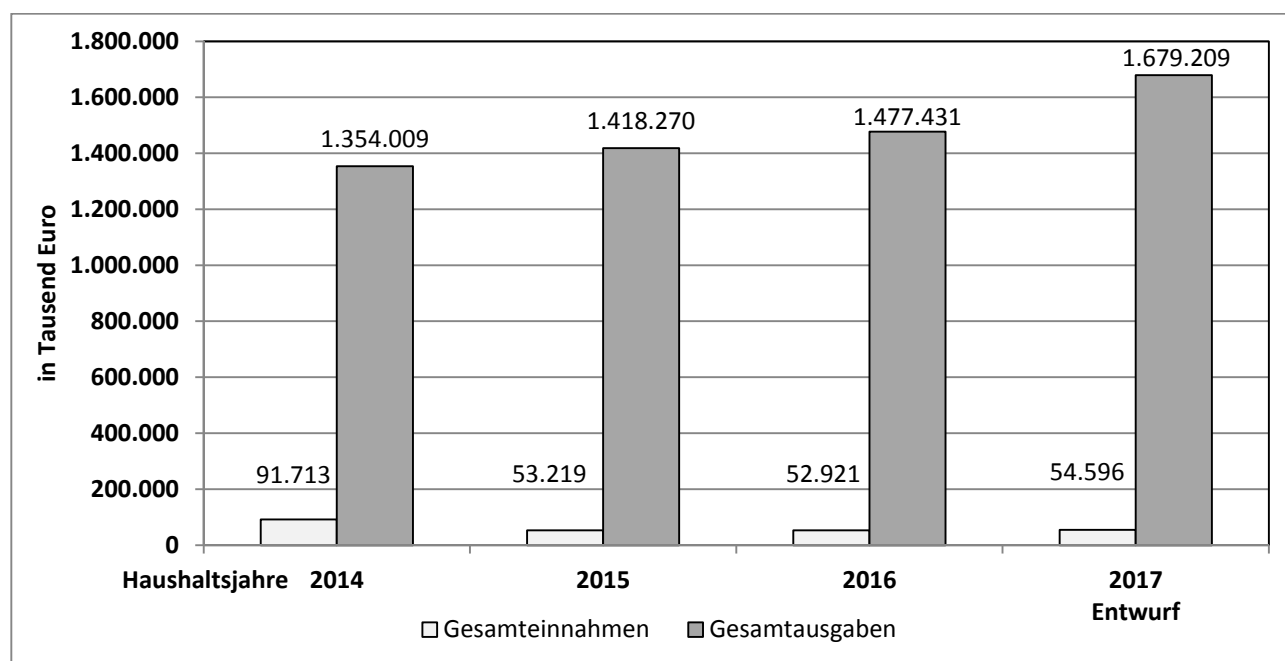
Manfred Lucha MdL
Minister für Soziales und Integration
Baden-Württemberg

I. Haushalt, Personal und Organisation

1. Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben

Die Einnahmen und Ausgaben im Einzelplan 09 des Ministeriums für Soziales und Integration stellen sich in den Jahren 2014 bis 2017 wie folgt dar:

Einnahmen und Ausgaben des Einzelplans 09
(inkl. Nachträge)



Beträge in Tsd. Euro	2014	2015	2016	2017
Gesamteinnahmen	91.712,7	53.218,7	52.921,3	54.595,6
Gesamtausgaben	1.354.008,8	1.418.270,3	1.477.431,4	1.679.208,9

Der Anteil des Einzelplans 09 an den gesamten Landesausgaben beträgt in den Jahren 2014 bis 2017 gleichbleibend rd. 3 %.

Der signifikante Rückgang der Einnahmen im Jahr 2015 ist darauf zurückzuführen, dass die EU-Fördermittel aus dem Europäischen Sozialfonds (rd. 40 Mio. Euro) seither nicht mehr im Haushaltsplan betragsmäßig etatisiert, sondern als durchlaufende Mittel über Leertitel abgewickelt werden. Damit sind keine Leistungsminderungen verbunden. Der Entwurf des Staatshaushaltsplans für das Jahr 2017 berücksichtigt zudem die Veränderungen aus der Neuabgrenzung der Geschäftsbereiche der Ministerien im Zusammenhang mit der Regierungsneubildung.

Die finanziell größten Leistungsfelder im Jahre 2016

Die Leistungen des Ministeriums für Soziales und Integration kommen 2016 vor allem folgenden Bereichen zugute:

Leistungsbereich	in Tausend Euro
Ausgaben für Investitionen in der Krankenhausfinanzierung	452.950,0
Jugendhilfe für unbegleitete minderjährige Ausländer *	311.246,0
Zuschüsse für Schulen an anerkannten Heimen	169.355,0
Zentren für Psychiatrie einschl. Maßregelvollzug	139.467,1
Zuschüsse für Schulen zur Ausbildung für Sozialberufe und Berufe des Gesundheitswesens	103.334,6
Unterhaltsvorschüsse nach dem Unterhaltsvorschussgesetz	50.000,0

* Ausgabe-Soll von 87 Mio. Euro zzgl. überplanmäßige Ausgaben gegen Entnahme aus der Rücklage in Höhe von 224 Mio. Euro.

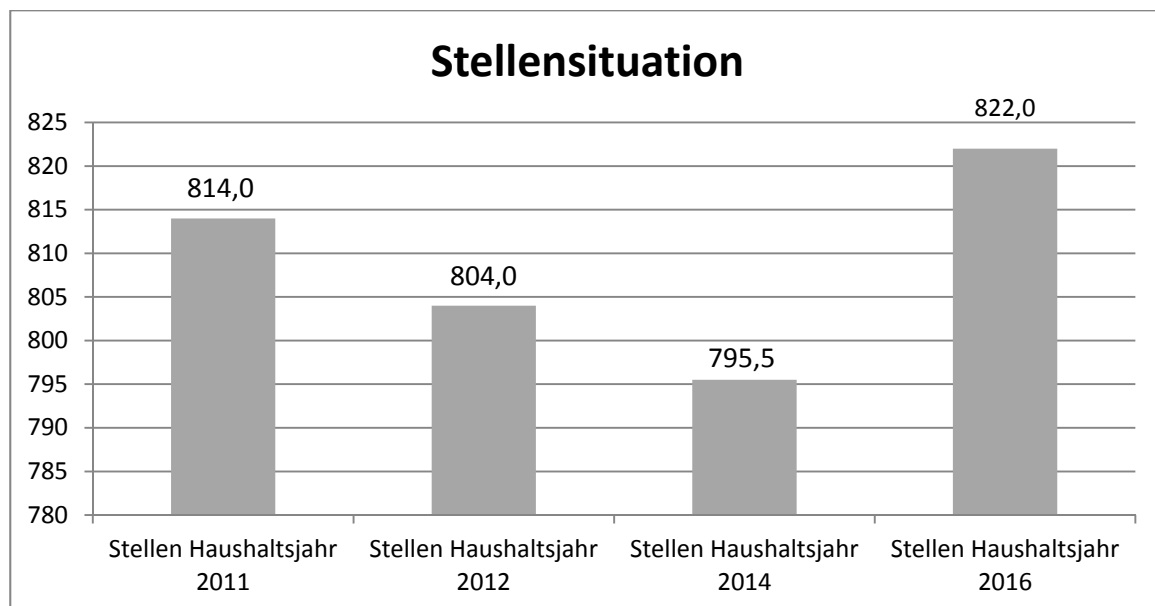
Ausblick auf den Staatshaushaltsplan 2017

Im Jahr 2017 sind im Einzelplan 09 erstmals die Mittel für Maßnahmen zur Integration von Menschen mit Migrationshintergrund veranschlagt, die durch den neuen Ressortzuschnitt im Zuge der Regierungsneubildung vom ehemaligen Ministerium für Integration auf das Ministerium für Soziales und Integration übergegangen sind. Diese Mittel sind insbesondere durch den Pakt für Integration in Höhe von 70 Mio. Euro geprägt. Zudem werden auch wie in 2016 hohe Ausgaben für Erstattungen der Kosten für Maßnahmen der Jugendhilfe für unbegleitete ausländische Kinder und Jugendliche erwartet.

Auf der anderen Seite werden durch den neuen Ressortzuschnitt die Mittel für die Aufgaben der Arbeitsförderung und Berufsbildung sowie der gesetzlichen Unfallversicherung im Landesbereich künftig vom Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau bewirtschaftet.

2. Stellenentwicklung

Dem Ministerium für Soziales und Integration stehen im Haushaltsjahr 2016 insgesamt 822,0 Stellen zur Verfügung. Im Jahr 2014 waren es 795,5 Stellen gegenüber 804,0 Stellen im Jahr 2012 bzw. 814,0 Stellen im Jahr 2011.



Bis zum Jahr 2015 war die Stellenentwicklung des Ministeriums für Soziales und Integration maßgeblich durch den haushaltsmäßigen Vollzug der von der Landesregierung für die Ministerien beschlossenen Einsparauflagen und dem damit verbundenen Stellenabbau geprägt. Darüber hinaus wirkt sich die Verwaltungsreform vom 1.1.2005 nach wie vor auf die Stellenentwicklung aus. Soweit die den Landratsämtern zugewiesenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bzw. Beamtinnen und Beamten des gehobenen und mittleren Dienstes der Versorgungsverwaltung beim Land als Dienstherrn verblieben sind, werden diese Bediensteten auf kw-Stellen geführt. Scheiden die Bediensteten aus, fallen deren Stellen beim Land weg.

Die Stellen des höheren Dienstes der Versorgungsämter werden dagegen insgesamt weiterhin - zusammen mit den Ärztinnen und Ärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes - beim Ministerium für Soziales und Integration als zuständigem Fachressort etatisiert.

Im Urhaushalt 2015/16 standen dem Ministerium für Soziales und Integration zunächst 784 Stellen zur Verfügung. Im Laufe des Jahres 2015 wurden mit dem 1. und 2. Nachtrag 2015/16 für die Durchführung der Gesundheitsuntersuchungen von Asylbewerbern und Flüchtlingen nach § 62 Asylgesetz und den damit einhergehenden fachaufsichtlichen und koordinierenden Aufgaben im Ministerium für Soziales und Integration insgesamt 25 neue Stellen mit kw-Vermerk (mit Wegfall der Aufgabe bzw. spätestens zum 31.12.2018) geschaffen. Zwei weitere Stellen kamen für den Bereich der unbegleiteten minderjährigen Ausländer / Flüchtlinge hinzu. Weitere fünf Stellen wurden für die Bereiche Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz, Menschen mit Behinderungen und Europäischer Sozialfonds (mit kw-Vermerk spätestens zum 31.12.2022) neu geschaffen.

Darüber hinaus hat das Ministerium für Soziales und Integration im Zuge der Regierungsneubildung mit dem 3. Nachtrag 2015/16 im Haushaltsjahr 2016 sechs zusätzliche Planstellen mit kw-Vermerk spätestens zum 01.01.2022 erhalten. Damit stehen im Haushaltsjahr 2016 insgesamt 822,0 Stellen zur Verfügung.

Aufgrund der im Zuge der Regierungsneubildung vorgenommenen Neuabgrenzung der Geschäftsbereiche sind im Haushaltsjahr 2016 insgesamt 31,5 Stellen mit dem auf diesen Stellen geführten Personal vom ehemaligen Ministerium für Integration auf das Ministerium für Soziales und Integration übergegangen.

Gleichzeitig musste das Ministerium für Soziales und Integration 27,0 Stellen für den Bereich „Arbeit“ mit dem auf diesen Stellen geführten Personal an das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau abgeben. Im Saldo hat das Ministerium für Soziales und Integration somit 4,5 Stellen hinzugewonnen.

Nach dem gegenwärtigen Planungsstand wird die Stellenzahl im Geschäftsbereich des Ministeriums für Soziales und Integration in den Jahren 2017 ff. wieder rückläufig sein. Ursächlich hierfür sind die dem Einzelplan 09 obliegenden Einsparverpflichtungen sowie der notwendige Vollzug weiterer kw-Vermerke sowohl im Bereich des Ministeriums als auch im Bereich der Gesundheits- und Versorgungsverwaltung.

Im Hinblick auf den geforderten weiteren Stellenabbau und vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung wird es zunehmend schwieriger, die Personalausstattung mit der Fülle der im Bereich des Ministeriums für Soziales und Integration bestehenden Aufgaben in der Waage zu halten.

3. Informations- und Kommunikationstechnik, neues Dienstgebäude Dorotheenquartier

Der laufende Betrieb des Bürokommunikationssystems des Ministeriums für Soziales und Integration einschließlich der zentralen Komponenten wie Netzwerk und Server wird seit 2010 vom IZLBW bzw. seit 2015 von der BITBW im Rahmen eines IuK-Outsourcings erbracht. Die Dienstleistungen der BITBW werden auf Vollkostenbasis ermittelt und den Kunden in Rechnung gestellt. Die einzelnen Komponenten ergeben sich aus dem jeweiligen Servicekatalog der BITBW, der jährlich aktualisiert wird. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass der IuK-Mittelbedarf über die Jahre kontinuierlich ansteigt.

Das Ministerium für Soziales und Integration wird ca. Mitte 2017 in das neue Dorotheenquartier umziehen. Die BITBW wird auch dort der IT-Dienstleister des Ministeriums für Soziales und Integration sein. Im Benehmen mit der BITBW wird auf eine zukunftsichere Ausstattung im technischen Bereich besonderer Wert gelegt.

Die Bürokommunikationsausstattung geht 2017 in das fünfte Nutzungsjahr und soll nach erfolgtem Umzug erneuert werden. Die Betriebssicherheit, Funktionalität und Ergonomie des EDV-Systems, das auch als Trägersystem für das Haushalts- und Rechnungswesen, das Controlling und die Dokumenten- und Schriftgutverwaltung dient, müssen für die nächsten Jahre gewährleistet werden.

Innerhalb des neuen Dienstgebäudes werden die Besprechungsräume mit einer zeitgemäßen Medientechnik ausgestattet. Durch eine behindertengerechte Tontechnik wird in einzelnen Räumen Barrierefreiheit hergestellt. Der Einsatz von Videokonferenztechnik soll dazu beitragen, insbesondere die Dienstreisezeiten und -kosten spürbar zu senken.

Die Kosten hierfür sind bei den einmaligen Umzugskosten im Haushalt 2015/2016 etatisiert und müssen nach 2017 übertragen werden, da ein funktionsfähiger Dienstbetrieb nur bei Übertragung dieser Mittel gewährleistet werden kann.

II. Demografische Aspekte

Die demografische Entwicklung wirkt sich schon heute spürbar auf die gesamte Landespolitik aus und stellt in der Sozialpolitik fast alle Handlungsfelder vor Herausforderungen. Auf einige bedeutsame Ansätze des Ministeriums für Soziales und Integration in den einzelnen politischen Handlungsfeldern wird nachfolgend eingegangen.

1. Zentrale Faktoren des demografischen Wandels

Der Begriff „demografischer Wandel“ umschreibt bevölkerungsstatistische Veränderungen, die mit einem erheblichen sozialen Wandel der Gesellschaft verbunden sind. Der demografische Wandel ist durch folgende zentralen Merkmale gekennzeichnet, die in einer Wechselbeziehung stehen:

Die Gesellschaft wird älter („Alterung“):

Während der Anteil junger Menschen an der Bevölkerung sinkt, wächst der Anteil der älteren Menschen. Baden-Württemberg hat zwar derzeit mit die jüngste Bevölkerung im Bundesvergleich, was auf eine zeitweise starke Zuwanderung insbesondere jüngerer Menschen zurückzuführen ist. Dennoch ist eine weitere Alterung unausweichlich. Sie kann durch weitere Zuwanderung lediglich abgeschwächt, nicht aber verhindert werden.

Die Bevölkerungszahl geht mittelfristig zurück („Schrumpfung“):

Trotz einer weiterhin anhaltenden Zuwanderung und einem leichten Anstieg der Geburtenrate in den vergangenen Jahren ist mit einem späteren Bevölkerungsrückgang zu rechnen, weil sich das bestehende Geburtendefizit stetig vergrößern wird.

Die Gesellschaft wird vielfältiger:

Die Lebensformen der Menschen sind pluraler geworden, da sich unterschiedliche sozio-kulturelle, ethnische und religiöse Milieus herausgebildet haben. Zudem wird die Lebensgestaltung der Menschen individueller, da auch innerhalb der sozio-kulturellen Milieus die individuellen Werte- und Lebensvorstellungen stärker ausgeprägt („Vielfalt in der Vielfalt“) sind. Selbst die Bevölkerungsgruppe der älteren, alten und hochbetagten Menschen weist außerordentlich große Unterschiede auf.

Die Gesellschaft wird mobiler:

Die Wanderungsbewegungen der Menschen (Einwanderung und Auswanderung) nehmen kontinuierlich zu. Hierfür sind in erster Linie wirtschaftliche Aspekte verantwortlich. Die Anforderungen an die berufliche Flexibilität haben auch in räumlicher Hinsicht zugenommen.

Politische Maßnahmen haben diese Faktoren mit in den Blick zu nehmen. Um zu dieser Entwicklung und ihren Auswirkungen auf das wirtschaftliche und soziale Leben einen noch besseren Überblick zu erhalten, soll ein Demografiebeauftragter berufen werden.

2. Bürgerengagement, Ehrenamt und Freiwilligendienste

Das Thema Demografie hat auch im Bereich des Bürgerschaftlichen Engagements, des Ehrenamts und der Freiwilligendienste einen hohen Stellenwert. Neuere Untersuchungen zum Engagementverhalten der Bevölkerung (Freiwilligensurvey 2014) bestätigen, dass sich die Menschen in allen Generationen in unterschiedlichen Ausprägungen, Stärken und Ressourcen gesellschaftlich, ökonomisch und sozial einbringen.

Die Engagementbereitschaft ist in Baden-Württemberg insgesamt überdurchschnittlich hoch. Insbesondere das Engagement der Älteren liegt in Baden-Württemberg um 10 Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt (43,1 Prozent gegenüber 33 Prozent). Für die Bewältigung der vielfältigen Herausforderungen werden wir künftig aber in noch stärkerem Maße als bisher auf sozial engagierte Menschen angewiesen sein.

3. Politik für Kinder – Kinderland Baden-Württemberg

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung ist es von besonderer Bedeutung, dass die Bedürfnisse von Kindern in der Gesellschaft wahrgenommen und angemessen berücksichtigt werden und dass alle Kinder möglichst körperlich und seelisch gesund aufwachsen, eine stabile Persönlichkeit entwickeln können und eine gute schulische sowie außerschulische Bildung erhalten.

Ein besonderes Augenmerk gilt dabei Kindern, die in sozialen Problemlagen, in wirtschaftlicher Armut oder unter anderen schwierigen psychosozialen Rahmenbedingungen aufwachsen. Häufig treten diese prekären Rahmenbedingungen auch kumuliert auf. Es ist nicht nur ein humanitäres Gebot, sondern auch ein gesellschafts- und wirtschaftspolitisches Ziel von zukunftsentscheidender Bedeutung, dass alle Kinder ihre Potenziale bestmöglich entfalten können und vor Schädigungen geschützt werden.

Aufgabe der Politik ist es auch, das Bewusstsein für die Belange der Kinder bei den Erwachsenen zu fördern. Die Politik muss den Kindern ferner Gelegenheit geben und sie darin unterstützen, für ihre Belange und Rechte einzutreten. Vor diesem Hintergrund liegt der Schwerpunkt der Kinderland-Politik in der Stärkung der Kinderrechte und dem Ausbau der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen.

4. Junge Menschen

Auf Grundlage des Koalitionsvertrages soll der „Zukunftsplan Jugend“ neu ausgerichtet werden.

Die wesentlichen Zielsetzungen des „Zukunftsplan Jugend 2013-2016“ waren

- die Weiterentwicklung und Stärkung der Förderung der außerschulischen Kinder- und Jugendarbeit, der Jugendbildung sowie der Jugendsozialarbeit,
- die Vertiefung der Themen Partizipation, Chancengleichheit, Prävention gegen gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit und Bildung für nachhaltige Entwicklung (z. B. Gesundheit, Umwelt, Verbraucherbildung, Medienkompetenz),
- das Ansprechen neuer Zielgruppen, insbesondere auch benachteiligter Kinder und Jugendlicher sowie die Vielfaltskultur,
- die Stärkung der Kooperation der Kinder- und Jugendarbeit und Schule sowie von Bildungsnetzwerken,
- die Schaffung neuer und verlässlicher Förderstrukturen sowie deren Verankerung im Staatshaushaltsplan.
-

Mit der Neuausrichtung soll auch zukünftig die enge Verzahnung von Kinder- und Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit fortgesetzt werden, ein nachhaltig angemessenes Förderwesen geschaffen und geprüft werden, ob eine Bündelung der Zuständigkeiten im Bereich der Kinder- und Jugendarbeit auf Landesebene möglich ist. Ferner sollen die Kooperation Jugendarbeit und Schule verbessert, die Partizipation und politische Bildung von jungen Menschen weiter gestärkt und ein größerer Praxisbezug hergestellt werden.

5. Ältere Menschen

Der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung wächst weiter. Nach der Hauptvariante der Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis von 2014 betrug der Anteil der Menschen, die 65 Jahre oder älter sind, im Jahr 2014 19,8 % der Gesamtbevölkerung. Im Jahr 2020 wird er bereits 20,5 %, im Jahr 2030 24,5 % betragen, so dass dann fast jeder vierte Baden-Württemberger im Seniorenalter sein wird. Besonders deutlich steigen die Zahl und der Anteil hochbetagter Menschen an (85 Jahre und älter). Innerhalb der nächsten knapp drei Jahrzehnte dürfte sich ihre Zahl verdoppeln. Dann wären rund 550.000 Menschen im Land 85 Jahre oder älter. Auch künftig wird vermutlich die Lebenserwartung der Menschen durch den medizinischen Fortschritt und andere Faktoren weiter ansteigen.

Spezifische Bedarfslagen älterer Menschen müssen daher verstärkt in das Bewusstsein der Entscheidungsträger auf allen Ebenen gerückt werden. Dabei ist die Vielfalt der Lebensweisen älterer Menschen zu berücksichtigen. Ältere Menschen wollen sich einbringen in gesellschaftliche Prozesse und aktiv teilhaben, gerade auch im Zusammenwirken mit jüngeren Menschen. Die Seniorenpolitik weist als Querschnittsthema zahlreiche Bezüge zu anderen Politikbereichen auf.

6. Generationenpolitik

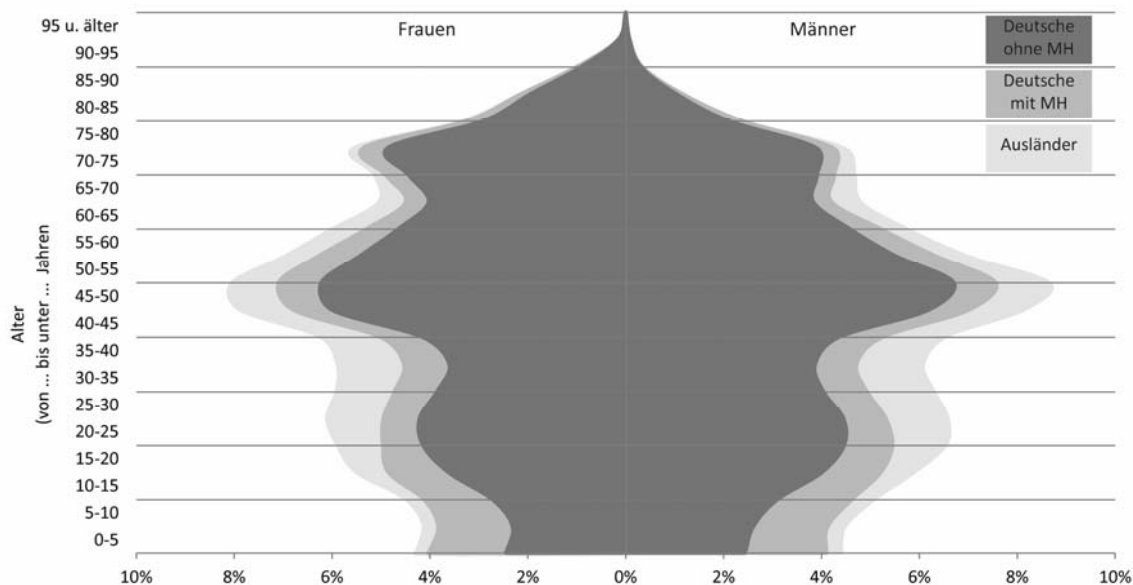
Die veränderten Generationenbeziehungen und das Zusammenleben von Alt und Jung sind eine Herausforderung an die Gesellschaft. Generationenpolitik setzt sich für den sozialen Zusammenhalt der Generationen außerhalb der Familie ein, ergänzend zur aktiven Förderung des sozialen Zusammenhalts innerhalb der Familie. Generationengerechtigkeit und Generationensolidarität sind ein wichtiger Maßstab bei der Beurteilung sämtlicher politischer Handlungsfelder. Maßnahmen der Generationenpolitik waren bzw. sind unter anderem die Kooperation mit der Landesarbeitsgemeinschaft Mehrgenerationenhäuser Baden-Württemberg, Generationendialog-Projekte, Generationenworkshops in Kommunen, Fachtagungen sowie die Zusammenarbeit mit Verbänden und Organisationen. Maßnahmen dieser Art sollen auch im Jahr 2017 umgesetzt und weiterentwickelt werden.

7. Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Rund 2,9 Mio. Menschen in Baden-Württemberg besitzen einen Migrationshintergrund (Mikrozensus 2014). Dies entspricht einem Bevölkerungsanteil von 27,1 Prozent. Über die Hälfte (55 Prozent) der Menschen mit Migrationshintergrund sind Deutsche.

Die Bevölkerungspyramide zeigt die Altersstruktur der Bevölkerung Baden-Württembergs. Innerhalb der Pyramide wird zwischen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund bzw. mit und ohne deutschen Pass unterschieden. Die Altersverteilung hat schon lange nicht mehr die Form einer Pyramide, die anzeigen würde, dass die Bevölkerung jung ist und stark wächst. Die Altersverteilung Baden-Württembergs gleicht eher einem Baum bzw. einer Tanne, die durch einen hohen Anteil der Bevölkerung mittleren Alters gekennzeichnet sind.

Abbildung: Bevölkerung Baden-Württembergs nach Migrationshintergrund, Staatsangehörigkeit, Alter und Geschlecht (in Prozent der Gesamtbevölkerung, 2015)



In der Abbildung lassen sich deutliche Unterschiede in der Zusammensetzung der Bevölkerung nach Alter feststellen. So ist der Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund in den jüngeren Jahrgängen höher als in den älteren und nimmt ab den mittleren Jahrgängen deutlich ab. Im Durchschnitt ist die Bevölkerung mit Migrationshintergrund rund 10 Jahre jünger als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (Mikrozensus 2014).

Vor allem der Anteil der deutschen Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist bei den Jugendlichen sichtbar und bei den Kindern deutlich höher als bei den Erwachsenen. Dies rührt daher, dass durch die Ergänzung des Staatsangehörigkeitsrechts um das *ius soli* im Jahr 2000 mittlerweile ein Großteil der Kinder ausländischer Eltern als deutsche Staatsbürger geboren werden.

Die ausländische Bevölkerung ist vor allem in den Altersgruppen zwischen 20 bis 55 Jahren vertreten. Dabei ist der Anteil der ausländischen Männer größer als der der ausländischen Frauen, da nach Baden-Württemberg mehr Männer als Frauen zuziehen.

Der Ausländeranteil, aber vor allem der Anteil der Deutschen mit Migrationshintergrund nimmt im höheren Alter stark ab, u.a. weil ausländische Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erst ab den späten 1950er Jahren in höherer Zahl nach Baden-Württemberg gekommen sind. Zuwanderung verjüngt die baden-württembergische Bevölkerung kontinuierlich, den demographischen Wandel kann sie dabei nur verzögern, aber nicht aufhalten.

8. Demografie und Gesundheitspolitik

Der stark anwachsende Anteil hoch betagter, chronisch und mehrfach kranker Menschen erfordert neben der bisher im Vordergrund stehenden Akutversorgung eine Neuausrichtung des Gesundheitswesens hin zu Gesundheitsförderung und Prävention sowie zur

sektorenübergreifenden Versorgung chronisch kranker oder pflegebedürftiger Menschen. Zugleich sind Anpassungen der Prozesse des Gesundheitswesens über die gesamte Versorgungskette erforderlich. Hierzu gehören auch telematische Unterstützung sowie die Stärkung von Infrastrukturen im sozialen und familiären Bereich. Neben einer guten patientenorientierten Versorgung soll durch Gesundheitsförderung und Prävention der Eintritt chronischer Krankheiten vermieden, beziehungsweise in ein höheres Lebensalter verschoben und/oder ihre Schwere gemildert werden.

In Baden-Württemberg wurden bereits frühzeitig Konzepte in den Schwerpunktbereichen gesundheitliche Versorgung, Geriatrie und Demenz entwickelt. Die Versorgungsstrukturen in einer älter werdenden Gesellschaft insbesondere in den Bereichen Krankenhausversorgung, Pflege, ärztliche Versorgung in Heimen, Unterstützung im häuslichen Umfeld, Palliativversorgung, Alterspsychiatrie, Sucht und Telemedizin sollen kontinuierlich weiterentwickelt und speziell an den Bedürfnissen der älteren Menschen ausgerichtet werden. Auch eine Weiterentwicklung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Berufe des Gesundheitswesens, der Pflegeberufe, der sozialen Berufe und der Hauswirtschaft ist notwendig. Die 90. Gesundheitsministerkonferenz 2017 beabsichtigt, das Schwerpunktthema „Patientenorientierte, gesundheitliche Versorgung älterer Menschen“ zu bearbeiten.

III. Kinder, Jugend und Familien

1. Politik für Kinder

1.1 Kinderland Baden-Württemberg

Die Landesregierung verfolgt im Rahmen ihrer Kinderland-Politik das Ziel, die Rahmenbedingungen für ein gutes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg zu verbessern. Die Aufgabe, Baden-Württemberg zu einem Kinderland zu machen, liegt dabei nicht in der Verantwortung eines einzelnen Ministeriums. Vielmehr bilden alle Maßnahmen und Initiativen der Ressorts und der Abteilungen des Ministeriums für Soziales und Integration, die zur Verbesserung der Lage und der Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen beitragen, damit das Kinderland Baden-Württemberg ab. Das Kinderland Baden-Württemberg bündelt die politischen Aktivitäten, die den Kindern im Land zugutekommen und stellt damit die äußere Klammer der baden-württembergischen Kinder- und Jugendpolitik dar. Zur Darstellung des Kinderlands im Internet wurde unter www.kinderland-bw.de und www.kinderland-baden-wuerttemberg.de ein zentraler Kinderland-Auftritt im Rahmen des Landesportals erstellt. Von hier aus führen Links zu den jeweiligen Kinderlandseiten der einzelnen Ministerien.

1.2 Stärkung der Rechte von Kindern und Jugendlichen

Nach der Aufnahme von Kinderrechten in die Landesverfassung und in die Gemeindeordnung sowie der Absenkung des Wahlalters auf kommunaler Ebene auf 16 Jahre sollen in den kommenden Jahren vielfältige Aktivitäten zu einer weiteren Stärkung der Kinder- und Jugendrechte führen. U.a. wird die Partizipation von Kinder und Jugendlichen im Rahmen des „Zukunftsplan Jugend“ weiterentwickelt.

1.3 Elternkonsens

Unter dem Titel Elternkonsens wird gemeinsam mit dem Ministerium der Justiz und für Europa die interdisziplinäre Zusammenarbeit der mit Umgangs- und Sorgerechtsstreitigkeiten befassten Berufsgruppen gefördert. Elternkonsens steht für Grundsätze und Verfahrensweisen im familiengerichtlichen Verfahren, die darauf abzielen, bei Trennung und Scheidung zum Wohl der Kinder eine möglichst einvernehmliche und tragfähige Lösung für Umgang und Sorge zu ermöglichen. Im Juli 2014 wurde das von den beteiligten Ministerien gemeinsam erarbeitete Internetportal Elternkonsens unter der Adresse www.elternkonsens.de freigeschaltet. Das Portal informiert über Grundsätze und Ziele des Elternkonsenses, über Veranstaltungen, Fortbildungsangebote, Aktivitäten lokaler Arbeitskreise und bietet Informationen für betroffene Kinder und Jugendliche.

Um den Elternkonsens weiter landesweit zu implementieren, werden im jährlichen Wechsel Fortbildungsveranstaltungen und Landes- bzw. Bundeskongresse für die beteiligten Professionen durchgeführt. Der letzte Bundeskongress mit rd. 350 Teilnehmenden fand am 4. Februar 2015 in Stuttgart statt. Er diente dem bundesweiten Informationsaustausch und einer Standortbestimmung. Am 28. Juni und 29. Juni 2016 fanden wieder interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen mit jeweils rd. 100 Teilnehmern in Schwetzingen bzw. Bad Boll statt. Der turnusmäßig 2017 anstehende Kongress ist noch nicht terminiert.

1.4 Schutz von Kindern vor Vernachlässigung sowie vor physischer, psychischer und sexueller Gewalt

Das Kinderschutzkonzept des Landes BW baut auf vier Säulen auf:

- Früherkennung und Prävention,
- Ausbau und Qualifizierung der Frühen Hilfen (s.u. 1.5),
- Qualifizierung der Fachkräfte,
- Vernetzung der Akteurinnen und Akteure.

Neben den bundesgesetzlichen Vorgaben im SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe – und im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) enthalten verschiedene Landesgesetze, insbesondere das Kinderschutzgesetz, wichtige Bausteine für den Kinderschutz.

Durch die Entwicklung von Handlungsempfehlungen – zum Teil in Kooperation mit weiteren Ressorts und dem Landesjugendamt – wird der Kinderschutz näher ausgestaltet.

Zusätzlich fördert das Ministerium für Soziales und Integration den Kinderschutz durch die Förderung von zukunftsweisenden Projekten, Veranstaltungen und landesweiten Programmen und Einrichtungen, z.B. den „Beratungs- und Behandlungsangebote für tatge-neigte Personen“ zur Prävention des sexuellen Missbrauchs, das Programm „STÄRKE“ (siehe auch unter 11.1) und die Initiative „Wellcome!“.

1.5 Bundesinitiative Frühe Hilfen (BI FH)

Für den Bereich der Frühen Hilfen und des präventiven Kinderschutzes (Zielgruppe: Eltern mit Kindern im Alter von bis zu drei Jahren) ist insbesondere auf die Umsetzung der Bundesinitiative Frühe Hilfen (BI FH) hinzuweisen. Mit der im Jahr 2012 begonnenen BI FH, die nach ihrem Auslaufen zum 31. Dezember 2017 von einem aus Bundesmitteln finanzierten Fonds abgelöst werden soll, werden die Frühen Hilfen und der präventive Kinderschutz in den folgenden vier Kernbereichen weiter ausgebaut, verstetigt und qualitativ fortentwickelt:

- Netzwerkarbeit auf der Ebene der Jugendämter
- Einsatz von Familienhebammen und Familien- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern
- Ehrenamtliches Engagement (z. B. Familienpatinnen und Familienpaten)
- Modellhafte und innovative Ansätze und Projekte.

Im Haushaltsjahr 2017 stehen für die Umsetzung der BI FH in Baden-Württemberg Bundesmittel in Höhe von rund 5,3 Mio. Euro zur Verfügung. Hiervon sind rund 5,0 Mio. Euro für Projekte und Maßnahmen zweckbestimmt, 0,3 Mio. Euro sind für die beim Kommunalverband für Jugend und Soziales/-Landesjugendamt errichtete Landeskoordinierungsstelle vorgesehen.

1.6 Unterhaltsvorschuss

Das Unterhaltsvorschussgesetz (UVG) sichert den Unterhalt von Kindern allein erziehender Eltern, wenn der andere Elternteil, bei dem das Kind nicht lebt, seinen Verpflichtungen zur Unterhaltszahlung nicht oder nicht vollständig nachkommt. Der Anspruch des Kindes

auf Unterhaltsvorschuss ist auf 72 Monate begrenzt und endet spätestens mit der Vollendung des zwölften Lebensjahres. Die monatliche Unterhaltsvorschussleistung beträgt ab dem 1. Januar 2017 bis zur Vollendung des sechstens Lebensjahres (erste Altersstufe) 152 Euro und bis zur Vollendung des zwölften Lebensjahres (zweite Altersstufe) 203 Euro.

Die Unterhaltsvorschussleistungen werden von dem unterhaltspflichtigen Elternteil zurückgefordert (Rückgriff). Die vom Land gezahlten Unterhaltsvorschussleistungen werden zu einem Drittel durch den Bund erstattet. Die Stadt- und Landkreise sowie die kreisangehörigen Gemeinden mit eigenem Jugendamt werden zu je einem Drittel an den Ausgaben sowie an den Einnahmen aus Rückgriffen beim Unterhaltsschuldner beteiligt. Der Mittelbedarf betrug im Jahr 2015 43,5 Mio. Euro (Bundes- und Landesanteil). Nach kontinuierlicher Steigerung der erzielten Einnahmen in den vergangenen Jahren durch das Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendämter waren die Einnahmen 2014 und 2015 leicht rückläufig (2011: 13,5 Mio. Euro, 2013: 15,1 Mio. Euro, 2014 14,8 Mio. Euro 2015 14,4 Mio. Euro). Dies erklärt sich durch die schon seit Jahren zurückgehenden Ausgaben, die mit zeitlicher Verzögerung auch zu einem Rückgang bei den Einnahmen führt. Der konsequente Rückgriff auf die Unterhaltspflichtigen und generell die Verbesserung der Zahlung von Kindesunterhalt durch die zahlungspflichtigen Elternteile bleiben wichtige Anliegen der Landesregierung.

2. Kinder- und Jugendarbeit

Die Fortführung des „Zukunftsplan Jugend“ ist im Koalitionsvertrag vorgesehen. Derzeit wird eine mögliche Neuausrichtung des „Zukunftsplan Jugend“ und seiner Modellvorhaben, Projekte und sonstigen Maßnahmen geprüft. Der im Rahmen der Aufstellung des Haushalts für 2017 zu beschließende Finanzierungsplan sichert besonders die nachstehend hervorgehobenen Aufgaben der Kinder- und Jugendarbeit:

2.1 Beiträge und Zuschüsse an Jugendorganisationen (Jugendverbandsförderung)

Das Land gewährt den Jugendorganisationen und Vereinigungen, die auf dem Gebiet der Jugendhilfe tätig sind, Zuwendungen für die Kosten, die durch die Leitungsaufgaben entstehen. Der Haushaltsansatz hierfür (Kap. 0918 Tit. 684 03) beträgt rd. 1,7 Mio. Euro. Gefördert werden anerkannte Träger der Kinder- und Jugendarbeit bzw. der außerschulischen Jugendbildung.

2.2 Jugenderholungsmaßnahmen und -einrichtungen

Anerkannte Träger der Kinder- und Jugendarbeit bzw. der außerschulischen Jugendbildung leisten mit ihren jugendgemäßen, pädagogisch verantworteten Freizeiten einen wertvollen Beitrag zur Jugenderholung. Im Gegensatz zu Angeboten kommerzieller Reiseveranstalter oder gemeinnütziger Jugendreisedienste sind die Jugenderholungsmaßnahmen meist in ein Ganzjahreskonzept der Arbeit für junge Menschen eingebunden. Nach wie vor besteht bei vielen jungen Menschen großes Interesse, an Jugenderholungsmaßnahmen teilzunehmen.

Darüber hinaus werden die Beschaffung, Ausrüstung und Reparaturen von Groß- und Gruppenzelten von Jugenderholungseinrichtungen gefördert. Der Mittelansatz hierfür beträgt 284.500 Euro.

3. Jugendbildung

Das Ministerium für Soziales und Integration ist für allgemeine und grundsätzliche Angelegenheiten der außerschulischen Jugendbildung, wie Angelegenheiten des Jugendbildungsgesetzes, das Zusammenwirken mit dem neu geschaffenen Landesjugendkuratorium und die Zusammenarbeit mit der Jugendstiftung Baden-Württemberg zuständig. Weitere Schwerpunkte sind bisher die nachstehend aufgeführten Förderbereiche:

3.1 Förderung von Bildungsreferentenstellen

Die Förderung der Bildungsreferentinnen und -referenten erfolgte nach der Änderung des § 7 JBiG und dem Erlass der Fördergrundsätze Bildungsreferenten-Programm vom 19. Januar 2016 ab dem 1. Januar 2017 einheitlich im Wege einer Festbetragsförderung. Unter Berücksichtigung der Mittel für die Abwicklung von Altfällen ergibt sich ein Mittelan-satz von 2.525.000 Euro für die Finanzierung der Förderung der Bildungsreferentinnen und Bildungsreferenten.

3.2 Jugendbildungsakademien

Die überverbandlich in Baden-Württemberg tätige Jugendbildungsakademie Jugendburg Rotenberg wird zur teilweisen Finanzierung ihrer laufenden Aufwendungen institutionell aus Mitteln des Ministeriums für Soziales und Integration gefördert. Darüber hinaus erhält sie Investitionsmittel zur Sanierung ihrer Einrichtung. Im Jahr 2017 sind für die Sanierung 26.200 Euro vorgesehen.

Die Akademie der Jugendarbeit Baden-Württemberg e. V. will dem Bedarf an breit gefächelter und zusätzlicher Qualifikation der ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Unterstützung des Ehrenamts ein träger- und institutionenübergreifendes Angebot gegenüberstellen und insbesondere bestehende Fortbildungsangebote vernetzen. Sie ist in Trägerschaft des Landesjugendrings Baden-Württemberg e. V. und der Arbeitsgemeinschaft Jugendfreizeitstätten Baden-Württemberg e. V. und wird mit rd. 128.000 Euro jährlich institutionell gefördert.

3.3 Jugendbildungsmaßnahmen

Die hauptsächlich von den Jugendverbänden getragenen Lehrgänge zur Ausbildung und Fortbildung von Jugendleiterinnen und -leitern sowie Seminare zur außerschulischen Jugendbildung zu Fragen der politischen, sozialen, sportlichen, musisch-kulturellen, ökologischen, technologischen Jugendbildung sowie der Mädchen- und Jungenbildung und Maßnahmen gegen gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit bilden das Kernstück der Jugendbildungsmaßnahmen im Landesjugendplan. Bei den Jugendleiterlehrgängen und Seminaren wurde in den Jahren 2015 und 2016 ein Tagessatz von 9,20 Euro erstattet. Im Staatshaushaltsplan 2017 sind 1.355.000 Euro für Jugendleiterlehrgänge (Zuschüsse einschließlich Sachkosten) und 2.759.000 Euro für Seminare und praktische Maßnahmen vorgesehen. Die Altersgrenze für Seminare der Kinder- und Jugendarbeit wurde von 14 auf 12 Jahre gesenkt, um mehr Kinder zu erreichen.

3.4 Integrationsoffensive

Das Thema Integration wird auch in den nächsten Jahren ein wichtiges Thema bleiben. Das Ministerium für Soziales und Integration fördert daher die Integrationsoffensive der Arbeitsgemeinschaft Jugendfreizeitstätten Baden-Württemberg e.V. im Jahr 2017 mit 200.000 Euro jährlich.

4. Soziale Jugendarbeit in Problemgebieten

Die Mobile Jugendsozialarbeit in Problemgebieten (Mobile Jugendarbeit) ist eine besondere Form der offenen Jugendarbeit. Sie richtet sich an Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die besonders von Ausgrenzung und sozialer Benachteiligung betroffen sind und von anderen Angeboten der Jugendhilfe nicht oder nur unzulänglich erreicht werden. Ihr prägendes Merkmal ist die aufsuchende Arbeit auf der Straße sowie Beziehungsarbeit, die einen freiwilligen und niedrigschwelligen Kontakt zulässt. Mit Hilfe der Fachkräfte der Mobilen Jugendarbeit kann ein Zugang zu den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufgebaut und durch die Stärkung der Persönlichkeit und des Sozialverhaltens auf die schulische, berufliche und gesellschaftliche Integration hingewirkt werden.

Im Rahmen des Bündnisses zur Stärkung der beruflichen Ausbildung in Baden-Württemberg 2007 bis 2010 wurden die Landesmittel für die Mobile Jugendarbeit von rd. 1,0 Mio. auf rd. 2,4 Mio. Euro jährlich deutlich aufgestockt. Aufgrund der Handlungsempfehlungen des Sonderausschusses „Konsequenzen aus dem Amoklauf in Winnenden und Wendlingen“ wurde die Zahl der geförderten Vollzeitstellen bei der Mobilen Jugendarbeit von rd. 120 im Jahr 2007 auf 220 Vollzeitstellen ausgebaut. Die Landesförderung wird als Personalkostenzuschuss in Höhe von 11.000 Euro pro Vollzeitstelle und Jahr gewährt. Der Ausbau Mobiler Jugendarbeit auf die derzeitige Obergrenze von landesweit 220 Vollzeitstellen wurde ab dem Jahr 2014 erreicht.

Über die Förderung von Modellmaßnahmen wie auch von praxisbezogenen Forschungsvorhaben werden zudem neue Erfahrungen und Erkenntnisse gewonnen, die auf sich ändernde Bedarfe und Situationen eingehen und neue Wege in der Jugendhilfe aufzeigen. Beispielhaft zu nennen sind die Gestaltung der Schnittstellen zu Schul- und Ausbildungssystemen, Möglichkeiten der Unterstützung für junge Flüchtlinge und Integration, der Umgang der Fachkräfte mit psychischen Belastungen der Zielgruppe im Arbeitsalltag, die Umsetzung Mobiler Jugendarbeit im Ländlichen Raum, Methoden aufsuchender Arbeit in öffentlichen und halböffentlichen Räumen, Mobile Jugendarbeit im Web 2.0 und Umgang mit Glücksspiel(sucht) von Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

5. Jugendsozialarbeit an öffentlichen Schulen

Nach dem „Pakt für Familien mit Kindern“ zwischen der Landesregierung und den kommunalen Landesverbänden beteiligt sich das Land seit 2012 zu einem Drittel an den Kosten der Jugendsozialarbeit an öffentlichen Schulen (Schulsozialarbeit) bis zu einer Obergrenze von 15 Mio. Euro jährlich. Die anfallenden Verwaltungskosten sowie die von den kommunalen Landesverbänden geforderte Anpassung an die Kostenentwicklung fließen in diesen Betrag mit ein. Nach den Fördergrundsätzen des Ministeriums für Soziales und Integration fördert das Land sowohl vorhandene als auch neue Stellen im Bereich der Schulsozialarbeit mit einem Drittel der Kosten einer Vollzeitstelle. Die Förderpauschale pro Vollzeitstelle beträgt 16.700 Euro und Jahr, bei Teilzeitkräften entsprechend reduziert.

Das Bewilligungsverfahren und die finanzielle Abwicklung des Förderprogramms führt der Kommunalverband Jugend und Soziales Baden-Württemberg durch.

Innerhalb von nur fünf Jahren von 2012 bis 2016 ist die Anzahl der Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter um über 60 Prozent gestiegen. Aufgrund des anhaltenden Interesses am Förderprogramm hat die Landesregierung die Haushaltsmittel ab 2014 erhöht und stellt bis zu 25,0 Mio. Euro jährlich für die Schulsozialarbeit zur Verfügung.

6. Schulen an Heimen

Das Ministerium für Soziales und Integration fördert die Schulen an anerkannten Heimen für Minderjährige und an Berufsbildungswerken nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz für Baden-Württemberg. Die Träger dieser Schulen haben einen gesetzlich garantierten Anspruch auf Übernahme der vollen Personalkosten für den Schulleiter, die anerkannten wissenschaftlichen und technischen Lehrer sowie die Ausbilder durch das Land. Daneben werden pauschalisierte Sachkostenzuschüsse gewährt.

Im Jahr 2015 wurden hierfür Mittel in Höhe von rund 160,5 Mio. Euro benötigt. Zum Stichtag 15. Februar 2016 wurden an den im Zuständigkeitsbereich des Ministeriums für Soziales und Integration liegenden Schulen an Heimen und an den Berufsbildungswerken insgesamt 11.976 Schülerinnen und Schüler unterrichtet. Für das Jahr 2016 sind hierfür rund 169,4 Mio. Euro veranschlagt.

7. Maßnahmen zum Jugendschutz

Die Bedeutung des restriktiven, des erzieherischen und des strukturellen Jugendschutzes nimmt insbesondere vor dem Hintergrund expandierender, oft jugendschutzrelevanter Medienangebote sowie des vorhandenen Angebots an legalen und illegalen Suchtmitteln und psychoaktiven Substanzen zu. Aufgabe des Jugendschutzes ist es, Kindern und jungen Menschen eine Entwicklung und Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zu ermöglichen. Aber auch gewaltpräventive Maßnahmen und Vermittlung interkultureller Kompetenz sind Aufgaben des Jugendschutzes. Neben der Umsetzung des Jugendschutzgesetzes gehört es daher zu den Zielen des Jugendschutzes, junge Menschen dazu zu befähigen, sich vor gefährdenden Einflüssen zu schützen und sie zu Kritikfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit sowie zur Verantwortung gegenüber ihren Mitmenschen zu führen.

Die ganze Breite dieses Themenspektrums wird durch die Tätigkeit der im Wesentlichen aus Landesmitteln finanzierten Aktion Jugendschutz – Landesarbeitsstelle Baden-Württemberg e.V. – und des AGJ Fachverbandes für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg e. V. abgedeckt. Sie leisten Präventions-, Informations- und Aufklärungsarbeit in Form von Vorträgen, Fortbildungsveranstaltungen, Seminaren, Einzelberatungen sowie durch zahlreiche Veröffentlichungen über aktuelle Fragen des Jugendschutzes. Daneben werden Projekte, die jugendschutzrelevante Themen aufgreifen, gefördert.

Für die Förderung des Jugendschutzes stehen 2016 insgesamt 722.300 Euro zur Verfügung, davon aufgrund der Empfehlungen des Sonderausschusses „Konsequenzen aus dem Amoklauf in Winnenden und Wendlingen: Jugendgefährdung und Jugendgewalt“ 150.000 Euro. Damit werden medienpädagogische und gewaltpräventive Maßnahmen gefördert.

Nach dem Jugendschutzgesetz obliegt auch den Ländern die Altersfreigabe von sämtlichen Bildträgern mit Filmen oder Spielen. Diese Aufgabe nehmen die Länder in Kooperation mit Einrichtungen der Freiwilligen Selbstkontrolle, insbesondere der Freiwilligen Selbstkontrolle der Filmwirtschaft und der Unterhaltungssoftware-Selbstkontrolle wahr. Darüber hinaus finanzieren die Länder seit 1997 gemeinsam die Zentralstelle der Obersten Landesjugendbehörden für Jugendschutz in Mediendiensten „jugendschutz.net“.

8. Runder Tisch „Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“

Seit dem 1. Januar 2012 stehen Betroffenen Mittel aus dem Fonds "Heimerziehung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1949 bis 1975" (Fonds "Heimerziehung West") zur Verfügung. Aus dem Fonds sollen Hilfen für ehemalige Heimkinder finanziert werden, die heute noch unter den Folgen von Traumatisierungen oder anderen Beeinträchtigungen leiden. In Fällen, in denen es aufgrund nicht gezahlter Sozialversicherungsbeträge zu einer Minderung von Rentenansprüchen gekommen ist, soll mit Hilfe des Fonds ein Ausgleich gewährt werden. Darüber hinaus sollen Betroffene dabei unterstützt werden, ihre Zeit der Heimunterbringung zwischen 1949 und 1975 aufzuarbeiten.

Der Fonds wurde durch den Bund, die westlichen Länder einschließlich Berlins, die Evangelische Kirche in Deutschland, die (Erz-)Bistümer der katholischen Kirche im Bundesgebiet, den Deutschen Caritasverband, das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland und die Deutsche Ordensobernkonzferenz errichtet. Ursprünglich standen 120,0 Mio. Euro zur Verfügung, die jeweils zu einem Drittel von Bund, Ländern sowie katholischer und evangelischer Kirche, deren Wohlfahrtsverbänden und den Orden erbracht wurden. Nachdem sich im Frühjahr 2014 abzeichnete, dass das Fondsvermögen nicht ausreichen wird, um allen ehemaligen Heimkindern, die Hilfen aus dem Fonds in Anspruch nehmen möchten, Hilfen zukommen zu lassen, haben sich die Errichter 2015 auf eine Erhöhung geeinigt: Die Fondslaufzeit wurde um zwei Jahre bis 31. Dezember 2018 verlängert und der Fonds auf knapp 302,0 Mio. Euro aufgestockt.

Der Anteil Baden-Württembergs am Fondsvolumen hat sich dadurch von ursprünglich rund 6,2 Mio. Euro auf nunmehr insgesamt 15,6 Mio. Euro erhöht. Die kommunalen Landesverbände beteiligen sich mit einem Drittel hieran.

Baden-Württemberg hat eine zentrale Anlauf- und Beratungsstelle für Betroffene eingerichtet. Sie berät und begleitet ehemalige Heimkinder, bietet Unterstützung bei der Akteneinsicht, hilft Therapien zu vermitteln und Gelder aus dem Fonds Heimerziehung zu beantragen. Anträge konnten dort bis zum 31. Dezember 2014 gestellt werden. Entstehende Kosten für die Beratung der Betroffenen in den regionalen Anlauf- und Beratungsstellen können über den Fonds abgerechnet werden.

9. Runder Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“

Zur Umsetzung der Empfehlungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ wurde für Betroffene, bei denen die Folgen sexueller Gewalt nicht durch bestehende Hilfesysteme überwunden oder gemindert werden konnten, ein ergänzendes Hilfesystem eingerichtet.

Für den institutionellen Bereich, in dem die Länder Arbeitgeberverantwortung tragen, haben diese 2014 gemeinsam mit dem Bund ein ergänzendes Hilfesystem konzipiert, das auf der Grundlage einer gemeinsamen Vereinbarung zwischen Bund und Ländern und gemeinsamen Leistungsleitlinien jeweils durch die Länder selbst umgesetzt wird. Baden-Württemberg hat sich mit Ministerratsbeschluss vom 28. Juli 2015 und entsprechender Unterzeichnung der Vereinbarung als eines der ersten Länder am ergänzenden Hilfesystem für Betroffene sexuellen Missbrauchs in Institutionen beteiligt. Bereitgestellt wurden hierfür 10,0 Millionen Euro im Landeshaushalt. Die Umsetzung des ergänzenden Hilfesystems im Land erfolgt über das Regierungspräsidium Stuttgart als zentrale Stelle. Betroffene konnten bis zum 31. August 2016 Anträge stellen, die bis zum 31. Dezember 2017 bearbeitet werden sollen.

10. Kostenerstattung gem. § 89 d SGB VIII bei Gewährung von Jugendhilfe für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF)

Die Ausgaben der Jugendämter als örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe für unbegleitete nach Deutschland eingereiste ausländische Kinder und Jugendliche sind in den vergangenen Jahren im Hinblick auf die Flüchtlingsentwicklung erheblich angestiegen. Während im Jahr 2015 für die Kostenerstattung nach § 89d SGB VIII rund 76,8 Mio. Euro verausgabt worden sind, wird für 2017 mit Ausgaben in Höhe von rund 323,7 Mio. Euro gerechnet. Hierin sind auch Zahlungen des Landes enthalten, die im Rahmen der Umstellung des bisherigen bundesweiten Belastungsausgleichsverfahrens zu erwarten sind.

11. Familienpolitik

11.1 Landesprogramm STÄRKE

Das Landesprogramm STÄRKE ist ein wesentlicher Baustein der Familienpolitik. Auf der Grundlage der bisherigen Erfahrungen wurde STÄRKE zum 1. Juli 2014 neu ausgerichtet. Die aktuelle Verwaltungsvorschrift (VwV STÄRKE 2014) gilt bis Ende 2018.

Die bisherigen Eckpfeiler des Programms wie die allgemeinen Familienbildungsangebote für Kinder im ersten Lebensjahr, spezielle Familienbildungsangebote für Familien in besonderen Lebenssituationen und die Möglichkeit von Hausbesuchen mit Beratung wurden beibehalten. Eltern mit finanziellem Unterstützungsbedarf erhalten für die allgemeinen Familienbildungsangebote im ersten Lebensjahr Zuschüsse, die Teilnahme an Kursen bezogen auf besondere Lebenssituationen und die Hausbesuche werden ebenfalls bezuschusst. Der Fokus liegt insgesamt stärker auf Angeboten für Familien mit Kindern im Alter von bis zu drei Jahren und der Einbeziehung von Vätern.

Seit Juli 2014 wurden Familienbildungsfreizeiten für Familien in besonderen Lebenssituationen sowie Offene Treffs, die allen Familien wohnortnah einen niederschweligen Zugang zu Bildungs-, Beratungs- und Unterstützungsangeboten bieten, in die Förderung aufgenommen.

Die Programmkoordination und die Verteilung der Mittel an die Stadt- und Landkreise gemäß Geburtenzahl im Vorvorjahr obliegen wie bisher dem Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS).

11.2 Förderung der anerkannten Schwangerschaftsberatungsstellen

Die landesweit 123 anerkannten Schwangerschaftsberatungsstellen stellen nach dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG) ein ausreichendes, wohnortnahes und plurales Beratungsangebot sicher. Die Beratung werdender Mütter soll die Fortsetzung der Schwangerschaft ermöglichen und diesen helfen, Not- und Konfliktlagen zu überwinden.

Der Beratungsauftrag umfasst:

- Informationen über soziale und finanzielle Hilfen für Schwangere und zu Fragender Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung (§§ 2, 2a und 3 SchKG),
- die nach § 219 StGB notwendige Schwangerschaftskonfliktberatung (§§ 5, 6 und 8 SchKG) sowie
- psychosoziale Beratung im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik (§ 2a SchKG)

Mit in Kraft treten des Gesetzes zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt zum 1. Mai 2014 haben die Schwangerschaftsberatungsstellen zudem den Auftrag, schwangere Frauen, die ihre Identität nicht preisgeben möchten, über die Möglichkeit, den Ablauf und das Verfahren einer vertraulichen Geburt zu informieren.

Das Fördervolumen beträgt im Jahr 2016 insgesamt 18.085.500 Euro. Für 2017 sind insgesamt 19.056.800 Euro veranschlagt.

11.3 Stiftung „Familie in Not“

Die Stiftung „Familie in Not“ wurde vom Land Baden-Württemberg im März 1980 als rechtsfähige Stiftung des bürgerlichen Rechts errichtet, das Stiftungskapital beläuft sich auf 8.980.670,10 Euro. Aufgabe der Stiftung ist es, in finanzielle Not geratene Familien mit mindestens einem Kind, Familien mit behinderten Angehörigen sowie alleinerziehende Elternteile und Familien in besonderen Lebenslagen in Not- und Konfliktsituationen durch finanzielle Leistungen nachhaltig zu unterstützen, soweit diese Notlagen nicht durch andere, vorrangige Hilfen abgewendet werden können. Die Stiftungsleistungen sind freiwillige Leistungen.

Die Stiftung „Familie in Not“ hat im Jahr 2015 an 173 Familien und werdende Mütter finanzielle Hilfeleistungen im Umfang von jährlich rund 156.000 Euro gezahlt. Seit Bestehen der Stiftung 1980 bis zum Jahresende 2015 erhielten 28.772 Familien und werdende Mütter Stiftungsleistungen.

Die Stiftung „Familie in Not“ übernimmt in Baden-Württemberg auch die Vergabe von Leistungen aus Mitteln der im Jahr 1984 errichteten Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“. Aus der Bundesstiftung erhält Baden-Württemberg jährlich ca. 11,5 Mio. Euro. Aufgabe der Bundesstiftung ist es, schwangere Frauen in Notlagen zu unterstützen, um ihnen die Fortsetzung der Schwangerschaft zu erleichtern. Jährlich erhalten rund 13.557 schwangere Frauen auf Antrag eine finanzielle Unterstützung durch die Bundesstiftung.

Die Vergabe der Stiftungsleistungen der Landesstiftung „Familie in Not“ sowie der Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ erfolgt durch den Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg.

IV. Bürgerschaftliches Engagement, Ehrenamt, Freiwilligendienste

1. Allgemeines

Das „Freiwillige Engagement“ ist in Baden-Württemberg überdurchschnittlich hoch. Die Engagementquote liegt nach dem Freiwilligensurvey 2014 bei 48,2 gegenüber 41 Prozent 2009. Dies bedeutet eine Steigerung von rund 7 Prozentpunkten. Diese Quote liegt um über vier Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt.

Baden-Württemberg hat sich damit über Jahre hinweg in der Spitzengruppe etabliert. Es ist das einzige der untersuchten Bundesländer, das sowohl 2009 als auch 2014 zu den drei Ländern mit der höchsten Engagementquote gehörte.

2. Bürgerschaftliches Engagement und Ehrenamt

2.1 Gemeinsam sind wir bunt

Mit dem Programm „Gemeinsam sind wir bunt“ ist ab dem Jahr 2015 bis 2017 beabsichtigt, diejenigen Maßnahmen der „Engagementstrategie Baden-Württemberg“ umzusetzen, die in den verschiedenen Lebens- und Begegnungsräumen vor Ort, in den Kommunen und Quartieren modellhaft erprobt werden sollen. Das Förderprogramm stellt den größten Ausgabenblock innerhalb des Kosten- und Finanzierungsplans der Engagementstrategie Baden-Württemberg dar, die aus Mitteln der BW-Stiftung finanziert wird. 25 Anträge wurden von einer unabhängigen Jury Anfang 2015 zur Förderung ausgewählt.

Zielsetzung des Programms ist, aus unterschiedlichen Lebens- und Begegnungsräumen die Vielfalt der in ihnen lebenden Menschen für ein engagiertes Miteinander und Füreinander zu nutzen. Die Fortführung der Intention der Engagementstrategie in der Fläche ist ein wichtiges Kernanliegen. Der Projektbeginn erfolgte zeitlich versetzt zwischen Juli und Oktober 2015. Die Förderphase II „Erkundung und Aktivierung“ ist in der Regel für ein Jahr angesetzt. Daran soll sich die Förderphase III „Umsetzung“ mit der Dauer von einem weiteren Jahr anschließen. Zentraler Baustein für das Programm „Gemeinsam sind wir bunt“ ist die eingesetzte fachliche Prozessbegleitung sowie die Evaluation der Ergebnisse unter Berücksichtigung des Sozialraumbezugs.

2.2 Gemeinsam in Vielfalt – Lokale Bündnisse für Flüchtlingshilfe

In 2015 wurde das Förderprogramm „Gemeinsam in Vielfalt – Lokale Bündnisse für Flüchtlingshilfe“ aufgelegt. Ziel dieses Förderprogramms ist es, das im Land bereits vorhandene vielfältige Bürgerschaftliche Engagement in der Flüchtlingshilfe zu unterstützen, zu vernetzen und zu koordinieren. In 2015 und 2016 wurden insgesamt 122 Lokale Bündnisse ehrenamtlicher Initiativen in der Flüchtlingshilfe mit rund 15.000 Euro (bei größeren Städten und Landkreisen bis 50.000 Euro) pro Bündnis gefördert.

Eine Besonderheit des Förderprogramms besteht darin, dass Flüchtlingen eine aktive Teilhabe in den Bündnissen ermöglicht werden soll. Die Wahrnehmung einzelner Aufgaben im Bündnis durch die Flüchtlinge selber hilft zum einen bei einer Strukturierung des

Tagesablaufs und trägt zum anderen dazu bei, Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl der Flüchtlinge zu stärken.

2.3 Qualifizierung Bürgerschaftlich Engagierter in der Flüchtlingshilfe

Um die Ehrenamtlichen bei der herausfordernden Aufgabe der Flüchtlingshilfe zu unterstützen und ihr Engagement zu würdigen wurde zudem ein landesweites Qualifizierungskonzept für in der Flüchtlingshilfe bürgerschaftlich engagierte Personen entwickelt. Mit der Umsetzung des Konzeptes wurde die Landeszentrale für politische Bildung (LpB) beauftragt. Das Konzept gliedert sich wiederum in mehrere Teilprogramme.

Im Rahmen des Aktionsfonds „Qualifiziert. Engagiert.“ erhalten Kommunen, Landkreise und lokale Vereine/Initiativen Zuschüsse für die Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen, Supervisionen und Gruppenfallbesprechungen.

Zusätzlich werden weitere Trainer/innen durch die LpB in Kooperation mit weiteren Partnern z.B. im Bereich Jugend und interkulturelles Training ausgebildet, da die Nachfrage nach Referent(inn)en und Trainern/innen das derzeitige Angebot weit übersteigt.

Kommunen und Landkreise werden zudem unterstützt bei der Durchführung kommunaler Flüchtlingsdialoge, hierfür erhalten sie eine Förderung i.H.v. 3.000 Euro (in begründeten Einzelfällen auch bis zu 5.000 Euro). Diese sollen dazu dienen, die Bevölkerung über die aktuelle Lage bei der Unterbringung und der Integration der Flüchtlinge zu informieren, und in einen konstruktiven Dialog zu treten, der alle Stimmen einbezieht.

2.4 Sport mit Flüchtlingen – Schaffung von Teilnahmemöglichkeiten

Mit Bescheid vom 16. März 2016 wurden dem Landessportverband Baden-Württemberg (LSV) Fördermittel über insgesamt 70.000 Euro für das Jahr 2016 bewilligt. Im Vorjahr wurden insgesamt rund 78.000 Euro zur Verfügung gestellt.

Mit dieser Förderung kann eine sehr niedrigschwellige und unbürokratische Unterstützung dahingehend erfolgen, dass bereits die regelmäßige Teilnahmemöglichkeit der Flüchtlinge am Trainingsbetrieb in den Vereinen berücksichtigt wird. Die Vereine erhalten auf diesem Weg „pauschaliert“ die Möglichkeit, individuell auf die jeweiligen Bedarfslagen vor Ort zu reagieren und entsprechend Sportkleidung oder neu eingesetzte Übungsleiter zu honorieren. Die Förderhöhe beträgt bis zu 500 Euro pro Verein. Zu einer allseits angestrebten Stärkung der Willkommenskultur sind nicht nur Investitionen in reine Sachwerte wie Unterkünfte etc. notwendig. Das Programm „Sport mit Flüchtlingen“ will helfen, Hemmnisse abzubauen und Gunstfaktoren zu stärken, so dass Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Wurzeln die Möglichkeit haben, sich in der Weise so zu engagieren und mitzumachen, wie sie selbst es gerne möchten.

2.5 Ausblick

Die Förderung des Bürgerschaftlichen Engagements in der Flüchtlingshilfe soll in ein abgestimmtes Gesamtkonzept überführt werden. In einem Beteiligungsverfahren aller im Bereich der ehrenamtlichen Flüchtlingshilfe relevanten Akteure sollen die bisherigen

Aktivitäten fortentwickelt werden zu einem Gesamtkonzept zur Integration von Flüchtlingen in zivilgesellschaftliche Strukturen.

3. Freiwilligendienste

3.1 Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ)

Baden-Württemberg ist mit rund 12 748 Freiwilligen im Freiwilligen Sozialen Jahr im Jahr 2015 das Land der Freiwilligendienste. Neben der Förderung durch das Land obliegt dem Ministerium für Soziales und Integration die Zulassung von Trägern, die zur Durchführung eines FSJ berechtigt sind, sowie die Ausgestaltung des FSJ im Land, auch unter Berücksichtigung des Bundesfreiwilligendienstes.

Für junge Freiwillige ist ein Einsatz im FSJ als Ort des sozialen Lernens eine Bereicherung, in dem sie berufliche Orientierung erfahren, soziale Kompetenzen erwerben und lernen, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen. Mit dem FSJ erfolgt häufig eine berufliche Orientierung der Freiwilligen. Damit verbunden ist eine starke Motivation zur Wahl eines sozialen Berufes.

Von einer wachsenden Nachfrage am FSJ profitiert vorrangig die Allgemeinheit, indem sich die jungen Menschen durch ihren Einsatz aktiv an der Bürgergesellschaft beteiligen und sich häufig auch nach Abschluss des FSJ für andere engagieren. Die Träger haben in den vergangenen Jahren ihre Platzzahlen kontinuierlich steigern können. Um auch zukünftig junge Freiwillige für einen Dienst zu gewinnen, ist es unverzichtbar, die derzeitigen Qualitätsstandards zu erhalten und zu steigern. Deshalb ist eine Förderung im bisherigen Rahmen unabdingbar.

V. Integration

1. Integrationsmonitoring

Integrationspolitik bedarf einer fundierten Informationsgrundlage, die den Stand und die Entwicklung der Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg abbildet. Hierzu stellt das Land Ergebnisse des Integrationsmonitorings auf einem Onlineportal öffentlich zugänglich zur Verfügung. Die Indikatoren werden jährlich aktualisiert und dienen dem Ministerium für Soziales und Integration als Orientierung für die Integrationspolitik. Anhand von mittlerweile drei Berichtszeitpunkten können Entwicklungen seit 2011 für die verschiedenen Integrationsaspekte abgelesen werden.

Des Weiteren beteiligt sich das Ministerium für Soziales und Integration aktiv am Integrationsmonitoring der Bundesländer der Integrationsministerkonferenz (IntMK). Wie die Vorgängerberichte und bisherigen Daten werden auch die Daten des vierten Berichts (bis 2015) im Rahmen der IntMK in Baden-Württemberg im Frühjahr 2017 auf dem dazugehörigen Onlineportal zur interaktiven Nutzung bereitgestellt.

2. Strukturbildung im Integrationsbereich

2.1 Stärkung kommunaler Integrationsstrukturen

Integration findet ganz wesentlich vor Ort statt: in den Kindergärten und Schulen, in den Vereinen und am Arbeitsplatz, in den Kreisen, Städten und Gemeinden. Die Kommunen nehmen daher eine wichtige Rolle ein, wenn es darum geht, der wachsenden Vielfalt der Gesellschaft gerecht zu werden.

Das Ministerium für Soziales und Integration unterstützt diese Integrationsprozesse mit einem Programm zur Förderung der Integrationsarbeit in den Kommunen, das in der „Verwaltungsvorschrift über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe und Integration (VwV-Integration)“ geregelt wird.

Im Mittelpunkt stehen der Aufbau nachhaltiger kommunaler Strukturen und die Stärkung der kommunalen Steuerungsfunktion. Eine besondere Rolle nimmt dabei die Förderung von Stellen für Integrationsbeauftragte ein. Die Beauftragten können als zentrale Anlauf- und Beratungsstelle für alle Integrations- und seit 2015 für alle Flüchtlingsangelegenheiten fungieren, Kontakte zu den verschiedenen Akteuren pflegen und die Integrations- bzw. Flüchtlingsarbeit bündeln und mitsteuern.

Weitere Förderbereiche sind die Stärkung der Elternbeteiligung am Bildungsweg ihrer Kinder (z.B. Qualifizierung von Elternmentoren) sowie die Stärkung des gesellschaftlichen Zusammenhalts (z.B. kulturelle und politische Veranstaltungen) und Maßnahmen zur Antidiskriminierung (z.B. Antidiskriminierungsnetzwerke).

Mit Unterstützung der Nachhaltigkeitsstrategie Baden-Württemberg werden im Rahmen der VwV-Integration von 2014 bis 2016 sog. „Leuchtturmprojekte“ – d.h. besonders nachhaltige Maßnahmen – sowie Antidiskriminierungsnetzwerke verstärkt gefördert.

In der Förderrunde 2015 wurden 100 Maßnahmen mit etwa 3,3 Millionen Euro gefördert. In der Förderrunde 2016 wurde die Fördersumme deutlich erhöht, was insbesondere auf die

Förderung von Maßnahmen zur Integration von Flüchtlingen zurückzuführen ist. Insgesamt wurden 328 Anträge mit einem Gesamtvolumen von etwa 20 Millionen Euro positiv entschieden.

2.2 Pakt für Integration

Kommunen sind der entscheidende Ort der Integration. Die Landesregierung strebt daher einen Pakt für Integration mit den Gemeinden, Städten und Kreisen des Landes an, um diese bei ihren Integrationsaufgaben angemessen zu unterstützen.

Das Ministerium für Soziales und Integration wird in Zusammenarbeit mit den weiteren betroffenen Ressorts federführend die Grundlagen für den Pakt erarbeiten. Berührt sind das Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration, das Ministerium für Finanzen, das Ministerium für Kultus, Jugend und Sport, das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst, das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau und das Staatsministerium (Grundsatzfragen). Das Ministerium für Soziales und Integration deckt die Bereiche kommunale Integrationsförderung, unbegleitete minderjährige Ausländer, Schulsozialarbeit, Ehrenamt, Sprachförderung und kommunale Integrationsmaßnahmen in den Arbeitsmarkt ab.

2.3 Partizipations- und Integrationsgesetz für Baden-Württemberg

Der Koalitionsvertrag der 15. Legislaturperiode sah vor, mit dem erstmaligen Erlass eines Partizipations- und Integrationsgesetzes die Teilhabechancen von Menschen mit Migrationshintergrund in verschiedenen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens zu verbessern und damit zur Durchsetzung von Chancengleichheit über soziale und ethnische Grenzen hinweg beizutragen. Unter Federführung des damaligen Ministeriums für Integration wurde das Gesetz in Abstimmung mit den Ressorts und weiteren Partnern aus Gesellschaft und Wirtschaft erarbeitet.

Am 5.12.2015 trat das „Gesetz zur Verbesserung von Chancengleichheit und Teilhabe in Baden-Württemberg“ in Kraft. Neben dem Partizipations- und Integrationsgesetz für Baden-Württemberg enthält das Gesetz Änderungen und Ergänzungen bereits bestehender Gesetze oder Verordnungen. Wesentliche Regelungen betreffen die interkulturelle Öffnung der Landesverwaltung, die Stärkung von Integrationsstrukturen auf kommunaler Ebene, die Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund in Gremien, die Dienst- und Arbeitsfreistellung aus religiösen Gründen sowie die Verpflichtung von Schulen und Hochschulen zur Unterstützung von Eltern sowie Studierenden mit Migrationshintergrund. Zudem werden Grundsätze der Integration sowie Aufgaben des Landes konkretisiert und festgeschrieben.

3. Sprachförderung

Die Sprachfördermaßnahmen des Bundes wurden im Jahr 2015 durch das Landesprogramm „Chancen gestalten - Wege der Integration in den Arbeitsmarkt öffnen“ mit dem Teilbereich Sprachförderung nach der VwV Deutsch für Flüchtlinge sinnvoll ergänzt. Das Landesprogramm schließt Lücken, die durch die Bundesprogramme bislang nicht abgedeckt werden. Insoweit ist es von den weiteren bundesrechtlichen Entwicklungen tangiert, besonders dem Aufbau eines „Gesamtprogramms Sprache“. Das Landesprogramm ist bislang auf die Vermittlung von Deutschkenntnissen für den Zugang zum Arbeitsmarkt

ausgerichtet. Ziel des Programms ist es, möglichst allen (erwachsenen) Asylbewerbern und Flüchtlingen mit Bleibeperspektive den Zugang zum Erwerb von angemessenen Deutschkenntnissen zu eröffnen, die den Schlüssel zu Integration und Teilhabe im Allgemeinen und zu selbständiger Erwerbstätigkeit im Besonderen bilden. Es ist vorgesehen, das Programm bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

Im Jahr 2015 nahmen 36 Stadt- und Landkreise an dem mit 4,65 Millionen Euro dotierten Landesprogramm teil. Dadurch konnten professionelle Sprachkurse mit rund 7.000 Teilnehmern durchgeführt werden.

4. Teilhabeförderung

Teilhabeförderung ist ein wesentlicher Bestandteil einer Politik des gesellschaftlichen Zusammenhalts. Gemeinwesenorientierte Förderprogramme stellen eine wichtige Ressource für die Akteure in diesem Handlungsfeld dar. Als Akteure sind beispielsweise zivilgesellschaftliche und ehrenamtliche Initiativen sowie Vereine zu nennen, denen eine besondere Bedeutung im Hinblick auf den Zusammenhalt der Gesellschaft, eine partizipative Mitgestaltung des politischen und gesellschaftlichen Lebens und die interkulturelle Verständigung über Umgangsformen, Gepflogenheiten und berechnete Erwartungen an Zugewanderte zukommt.

Um Migrantenorganisationen bei der Teilhabeförderung zu unterstützen, hatte die Landesregierung in Zusammenarbeit mit dem Forum der Kulturen Stuttgart e.V. das umfangreiche Qualifizierungsprogramm für Mitglieder von Migrantenorganisationen MEMO (Management & Empowerment in Migrantenorganisationen) aufgelegt, an dem sich mehr als 70 Migrantenvereine beteiligt haben. MEMO bietet Migrantenorganisationen die Möglichkeit, sich in allen Bereichen der modernen Vereinsführung und des Projektmanagements zu qualifizieren, ihre bisherigen Kenntnisse und Erfahrungen zu vertiefen und sie weiter auszubauen. MEMO unterstützt Vereine in der Kooperation mit anderen Aktiven im Gemeinwesen und bei der Wahrnehmung von Förderprogrammen. Zudem qualifiziert MEMO Migrantinnen und Migranten für die Vereinsberatung. Das Programm endet im Jahr 2016.

Im ländlichen Raum ist die nachhaltige Qualifizierung solcher Vereine oft mangels geringer Anzahl von Akteuren schwieriger. Daher soll ein Kompetenznetzwerk Teilhabe aufgebaut werden, das die Grundlage für die Weiterentwicklung von Migrantenorganisationen auch im ländlichen Raum gewährleistet.

Des Weiteren sind ehrenamtliche Akteure, Migranten und Einheimische, unverzichtbare Lotsen und Mentoren bei der Teilhabe. Ehrenamtliche Dolmetscherpools sind bei der Bewältigung von Alltagssituationen eine wichtige Hilfe für Beteiligte und Behörden. Bestehende und neu gebildete Dolmetscherpools sollen professionell begleitet und fortgebildet werden und in einen trägerübergreifenden Erfahrungsaustausch treten. Daneben sollen mediengestützte Dolmetscherdienste entwickelt und gefördert werden.

Ehrenamtliche Akteure sollen über die Engagementstrategie des Landes hinaus gefördert und unterstützt werden, wo es integrationsspezifisch angezeigt ist, z.B. bei der Elternbeteiligung am Bildungsweg ihrer Kinder.

5. Dialog mit Religionsgemeinschaften und Förderung des interreligiösen Dialogs

Kirchen und Religionsgemeinschaften, aber auch die weiteren religiösen Akteure im Land sind für die erfolgreiche Ausgestaltung von Integrationsprozessen unverzichtbar. Sie spielen darüber hinaus auch im Bereich der Sicherung bzw. Stärkung des gesellschaftlichen Zusammenhalts eine wichtige Rolle. Erstrebenswert ist dabei ein möglichst flächendeckend etablierter Austausch religiöser Akteure mit Landesregierung und öffentlicher Verwaltung.

Im Integrationskontext hat sich der regelmäßig und „auf Augenhöhe“ gepflegte Dialog der Landesregierung mit den Vertreterinnen und Vertretern der Kirchen, Religionsgemeinschaften sowie der weiteren religiösen Verbände und Vereine bewährt. Ein wichtiges Beispiel ist hier der Dialog mit islamischen Verbänden und Repräsentanten. Neben dem vom bisherigen Ministerium für Integration einberufenen Runden Tisch Islam sind dazu weitere Formate entwickelt worden.

Wichtig ist auch die Vernetzung religiöser Akteure untereinander sowie über bestehende konfessionelle bzw. religiöse Grenzen hinweg, da durch den inner- bzw. interreligiösen Dialog die wechselseitige Akzeptanz nachhaltig gestärkt wird. Dies dient der erfolgreichen Bewältigung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben. Entsprechend werden im Ministerium für Soziales und Integration neben Überlegungen zur Weiterentwicklung des Runden Tisches Islam auch Ansätze für weitere Dialogformate erörtert. Über den Aufbau von Netzwerken und den Austausch von Standpunkten hinaus soll dabei verstärkt die konkrete Arbeit vor Ort im Mittelpunkt stehen.

6. Interkulturelle Öffnung von öffentlicher Verwaltung und Gesellschaft

Über ein Viertel der Baden-Württembergerinnen und Baden-Württemberger verfügt über einen Migrationshintergrund. Auf Grundlage des Mikrozensus 2014 haben 15,3 % der Beschäftigten im öffentlichen Dienst Baden-Württembergs einen Migrationshintergrund (in Deutschland: 10,1 %). In der öffentlichen Verwaltung Baden-Württembergs lag der Anteil der Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund im gleichen Jahr bei 12,2 % (in Deutschland: 6,5 %).

Trotz der im Bundesvergleich positiven Zahlen strebt das Ministerium für Soziales und Integration die Steigerung des Anteils der Beschäftigten mit Migrationshintergrund im öffentlichen Dienst an, um die vorhandene gesellschaftliche Vielfalt auch im öffentlichen Dienst entsprechend widerzuspiegeln.

Wesentliche Anknüpfungspunkte für eine passgenau gestaltete interkulturelle Öffnung liegen bei der Landesverwaltung, in der Unterstützung von Kommunen sowie im Bereich der Förderung von Verbänden und Vereinen bei ihren jeweiligen interkulturellen Öffnungsprozessen. Die bisher dazu entwickelten Konzepte der Landesregierung gilt es vor diesem Hintergrund weiterzuentwickeln und bedarfsgerecht umzusetzen.

Insbesondere die Landesverwaltung hat bei der interkulturellen Öffnung eine wichtige Vorbildfunktion inne. Dabei geht es zunächst darum, möglichst viele junge Menschen mit Migrationshintergrund auf die vielfältigen Berufsmöglichkeiten im öffentlichen Dienst aufmerksam zu machen. Darüber hinaus spielt die Stärkung interkultureller Kompetenzen bei allen Beschäftigten der öffentlichen Verwaltung eine zentrale Rolle. Es ist vorgesehen,

bestehende Fortbildungsveranstaltungen vor diesem Hintergrund bedarfsgerecht weiter zu entwickeln.

Zusätzlich zur Unterstützung der interkulturellen Öffnungsprozesse in den kommunalen Verwaltungen darf auch die interkulturelle Öffnung von Hilfevereinen bzw. -verbänden sowie von kulturellen Akteuren und Sportvereinen/-verbänden nicht vernachlässigt werden. In diesem Kontext gilt es, geeignete interkulturelle Module zu entwickeln, von denen möglichst viele Akteure profitieren sollen, um die interkulturelle Öffnung der Gesamtgesellschaft möglichst nachhaltig zu erreichen.

7. Bekämpfung von Rassismus und Diskriminierung

Bekämpfung von Rassismus und Diskriminierung bedeutet, den sozialen Zusammenhalt zu stärken und das gute und respektvolle Miteinander zu fördern. Der Abbau von Benachteiligung und Ausgrenzung stärkt zudem das demokratische Gemeinwesen.

Bei der Bekämpfung von Rassismus und Fremdenfeindlichkeit legt das Ministerium für Soziales und Integration einen besonderen Schwerpunkt auf die Präventionsarbeit an Schulen. Denn die Sensibilisierung für ein respektvolles Miteinander in einer bunten und vielfältigen Gesellschaft sollte schon früh, bereits im Kindes- und Jugendalter, erfolgen. Das Ministerium engagiert sich in Form von Projektförderungen aktiv gegen Rassismus, gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit und Diskriminierung. Das Ziel aller geförderten Projekte ist es, Vorurteile und Ressentiments abzubauen und ein friedliches Miteinander zu fördern.

Doch die Sensibilisierung betrifft nicht nur junge Menschen, sondern die gesamte Bevölkerung. Deshalb legt das Ministerium für Soziales und Integration einen weiteren Schwerpunkt auf die Stärkung des Vernetzungsgedankens. Es fördert die Arbeit der landesweit agierenden „Vernetzungs- und Anlaufstelle gegen gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit und Rechtsextremismus“ bei der Landesarbeitsgemeinschaft Offene Jugendbildung Baden-Württemberg e.V. (LAGO). Diese Stelle hat die Aufgabe, die Projektarbeit von Vereinen, Verbänden und Organisationen in Baden-Württemberg zu vernetzen sowie Initiativen vor Ort zu beraten und zu unterstützen. Lokale Prozesse sollen aktiviert und die Bevölkerung sensibilisiert werden. Außerdem ist das Ministerium selbst Mitglied im Landesnetzwerk für Menschenrechte und Demokratieentwicklung – gegen Rechtsextremismus und Fremdenfeindlichkeit.

Neben Prävention, Sensibilisierung und Vernetzung ist es wichtig, von Diskriminierung betroffenen Menschen konkrete Unterstützung zu bieten und Hilfsangebote zu machen. Dazu werden weiterhin die Antidiskriminierungsnetzwerke vor Ort auf- bzw. ausgebaut. Ihrer Vernetzung dient das vom bisherigen Ministerium für Integration initiierte Landesnetzwerk Antidiskriminierung.

8. Integration und Arbeitswelt, Anerkennung von ausländischen Abschlüssen und Qualifikationen

8.1 Anerkennung ausländischer Abschlüsse und Qualifikationen

Gut ausgebildete Migrantinnen und Migranten mussten in der Vergangenheit viel zu häufig einer Beschäftigung deutlich unterhalb ihrer Qualifikation nachgehen. Ein einfacher Zugang zu den Möglichkeiten der Anerkennung ausländischer Abschlüsse und Qualifikationen trägt

deshalb nicht nur zur besseren Integration von Migrantinnen und Migranten in die Arbeitswelt bei. Es steigen auch die Chancen, dass durch eine qualifikationsnahe Beschäftigung ihre Potenziale besser genutzt werden. Dies ist sowohl aus sozial- und integrationspolitischer Sicht als auch mit Blick auf den sich verschärfenden Fachkräftemangel von Bedeutung. Indem die Anerkennungsregelungen die Eingliederung von neu Zuwandernden in den Arbeitsmarkt erleichtern, steigern sie gleichzeitig die Attraktivität Baden-Württembergs für qualifizierte Fachkräfte aus dem Ausland.

Für die Anerkennung von reglementierten Berufsqualifikationen aus dem EU-Ausland ist die Richtlinie 2005/36/EG maßgeblich. Die Umsetzung in das nationale Recht erfolgte durch das am 1. April 2012 in Kraft getretene Bundesanerkennungsgesetz und landesrechtlich für Baden-Württemberg durch das Landesanererkennungsgesetz, das vom früheren Ministerium für Integration erarbeitet wurde und am 11. April 2014 in Kraft getreten ist. Dabei wurden die von der Richtlinie für europäische Qualifikationen in sogenannten reglementierten Berufen vorgesehenen Regelungen weitgehend auch auf nicht reglementierte Berufsqualifikationen und auf solche aus Drittstaaten übertragen. Reglementierte Berufe sind Berufe, die nur ausgeübt werden dürfen, wenn bestimmte Qualifikationen vorliegen. Es handelt sich dabei v.a. um Berufe im Gesundheits- und Erziehungswesen. Bis zum 18. Januar 2016 waren Änderungen durch die Richtlinie 2013/55/EU umzusetzen. Zentral war hierfür ein ebenfalls vom früheren Ministerium für Integration erarbeitetes Änderungsgesetz, das der Landtag am 25. November 2015 einstimmig beschlossen hat. Einzelne weitere Umsetzungen erfolgten in separaten Rechtsetzungsverfahren.

Die Änderungsrichtlinie fordert außerdem die Möglichkeit, Antragsverfahren zur Berufsankennung auch elektronisch betreiben zu können. Gemeinsam mit dem Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration arbeitet das Ministerium für Soziales und Integration derzeit an einer entsprechenden Lösung im Portal service-bw.

Um die Betroffenen bei der Anerkennung ihrer Abschlüsse und Qualifikationen zu unterstützen, fördert das Land in Ulm und Freiburg Erstanlaufstellen für die Beratung zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen in Baden-Württemberg. Außerdem verstärkt das Land die vom Bund über das IQ Netzwerk mitfinanzierte Erstanlaufstelle in Stuttgart. Diese unterstützen gemeinsam mit der vom IQ Netzwerk finanzierten Erstanlaufstelle in Mannheim auch als Kompetenzzentren die im ganzen Land verteilten Migrationsberatungsstellen bei der Beratung vor Ort. Das zweistufige Beratungsnetzwerk garantiert den Beratungsanspruch aus dem Anerkennungsberatungsgesetz. Baden-Württemberg ist eines von wenigen Ländern, das einen solchen gesetzlichen Beratungsanspruch geschaffen hat. Damit trägt das Land der hohen Komplexität der Materie Berufsankennung Rechnung. Diese Komplexität ergibt sich einerseits aus dem vielfältigen Spektrum von Berufen und andererseits aus den weltweit unterschiedlichen nationalen Bildungssystemen. Die Beratungsstellen unterstützen insbesondere bei der Auswahl des geeigneten Referenzberufs, beim Zusammenstellen der erforderlichen Antragsunterlagen und beim Kontakt mit der für die Anerkennung zuständigen Stelle.

Zusätzlich verstärkt das Land die Erstanlaufstellen und Kompetenzzentren mit Mitteln aus dem Programm „Chancen gestalten – Wege der Integration in den Arbeitsmarkt öffnen“ zur Beratung von Flüchtlingen und zur Unterstützung von Netzwerken zur Arbeitsmarktintegration von Flüchtlingen in den teilnehmenden Stadt- und Landkreisen.

8.2 Integration und Arbeitswelt

Fast 100.000 Unternehmerinnen und Unternehmer in Baden-Württemberg haben einen Migrationshintergrund. Davon profitieren Wirtschaft und Gesellschaft. Die Migrantenunternehmen schaffen Ausbildungs- und Arbeitsplätze, neue Produkte und sind ein Integrationsmotor. Doch die wirtschaftlichen Möglichkeiten und das Integrationspotenzial sind noch nicht ausgeschöpft.

Gemeinsam mit dem ehemaligen Ministerium für Finanzen und Wirtschaft und weiteren Partnern wurde im September 2015 eine Kampagne gestartet, die mit der Figur „Dimitri“ Migranten auf die bestehenden Beratungsangebote zur Existenzgründung sowie auf erfolgreiche Unternehmerinnen und Unternehmer mit Migrationshintergrund hinweist. Zum Auftakt wurden Kinospots geschaltet. Inzwischen läuft die Kampagne überwiegend online über eine Microsite und „Dimitris“ Facebook-Konto mit über 8.500 Freunden. Auf der Plattform sind neben Informationen in Textform weitere kurze Spots sowie Video-Dokumentationen über Best-Practice-Beispiele verfügbar. Das Land entwickelt die Kampagne weiter.

9. Vorsitz der Integrationsministerkonferenz

Die Integrationsministerkonferenz (IntMK) ist ein Gremium der freiwilligen Zusammenarbeit der Länder auf dem Gebiet der Integration. Sie berät und beschließt über grundsätzliche und länderübergreifende Angelegenheiten der Integration von Menschen mit Migrationshintergrund. Sie wurde 2007 zum ersten Mal – nachdem bereits im Vorjahr der Deutsche Integrationsgipfel getagt hatte – einberufen. Mitglieder der IntMK sind die für die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund zuständigen Ministerinnen und Minister bzw. Senatorinnen und Senatoren der Länder.

Baden-Württemberg übernimmt am 1. Oktober 2016 für ein Jahr den Vorsitz und damit auch die Geschäftsführung der IntMK. Dazu richtet das Ministerium für Soziales und Integration auf seine Kosten eine Geschäftsstelle ein, die neben der Bearbeitung der laufenden allgemeinen Verwaltungsaufgaben der IntMK als Ansprechpartner und Koordinierungsstelle für die Mitglieder und Gäste der IntMK sowie für andere Fachministerkonferenzen zur Verfügung steht. Der Schwerpunkt ihrer Aufgaben liegt jedoch bei der Organisation und Durchführung der Vor- und Hauptkonferenz, die im Februar und März 2017 in Baden-Württemberg stattfinden werden.

VI. Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

1. Stiftung Anerkennung und Hilfe

Im Juni 2016 haben sich Bund, Länder und Kirchen nach intensiven Verhandlungen auf die Anerkennung von Leid und Unrecht sowie auf eine Unterstützung von ehemaligen Heimkindern in Behinderteneinrichtungen und Jugendpsychiatrien geeinigt, so dass die Stiftung Anerkennung und Hilfe auf den Weg gebracht werden kann. Hierzu soll noch im Jahr 2016 eine Verwaltungsvereinbarung und eine Satzung beschlossen werden, damit den Betroffenen die Leistungen ab 2017 ausgezahlt werden können. Bei Betroffenen, die in westdeutschen Einrichtungen untergebracht waren, geht es um den Zeitraum zwischen 1949 und 1975.

2. Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, Landesbehindertengleichstellungsgesetz

Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und des 2015 beschlossenen Landesaktionsplanes zur Umsetzung der UN-BRK ist nach wie vor ein Schwerpunktthema der Sozialpolitik des Landes. Die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen wird mit innovativen Projekten vorangebracht. In den Jahren 2013 – 2015 wurden insgesamt ca. 115 Projekte, u.a. mit dem Förderprogramm „Impulse Inklusion“, mit ca. 7,6 Mio. Euro gefördert. Mit den Regionalen Entwicklungskonferenzen Dezentralisierung (RED) sollen 2016 Komplexträger Einrichtungen dezentralisiert und gemeindenah und inklusive Wohnangebote für Menschen mit Behinderungen geschaffen werden.

Nach dem Landes-Behindertengleichstellungsgesetz Baden-Württemberg sind die Stadt- und Landkreise seit 1. Januar 2016 verpflichtet, eine bzw. eine/n kommunale/n Behindertenbeauftragte/n bestellt zu haben. Es steht den Kreisen frei, ob die bzw. der kommunale Behindertenbeauftragte ehren- oder hauptamtlich tätig ist.

Das Land erstattet nach Maßgabe der VwV Kommunale Behindertenbeauftragte 36.000 Euro pro Jahr für ein Ehrenamt und 72.000 Euro für die hauptamtliche Tätigkeit als kommunale/r Behindertenbeauftragte/r. Hierfür werden vom Land insgesamt 2,8 Millionen Euro pro Jahr bereitgestellt.

3. Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe

Das Bundeskabinett hat am 28. Juni 2016 den Entwurf für ein Bundesteilhabegesetz (BTHG) verabschiedet. Ziel ist die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe weg vom hergebrachten institutionszentrierten Fürsorgeprinzip hin zu einem modernen personen-zentrierten Teilhaberecht. Die Eingliederungshilfe soll sich künftig auf Fachleistungen für Menschen mit Behinderungen konzentrieren. Die angestrebte Trennung der Fachleistungen von den Leistungen zum Lebensunterhalt zeigt sich auch daran, dass das Recht der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII herausgelöst und in das neue SGB IX überführt werden soll.

Auf Bundesebene war im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode vereinbart worden, die Kommunen jährlich in Höhe von 5 Mrd. Euro von der Eingliederungshilfe zu entlasten. Der Koalitionsausschuss hat am 1. Juni 2016 eine Entlastung in dieser Höhe beschlossen;

sie soll aber nicht innerhalb der Eingliederungshilfe erfolgen und der Betrag von 5 Mrd. Euro soll nicht dynamisiert werden.

Auf der Ministerpräsidentenkonferenz am 16.Juni.2016 haben sich Bund und Länder darauf verständigt, dass zur Umsetzung der beschlossenen Entlastung ab 2018 erstens der Umsatzsteueranteil der Gemeinden und zweitens die Bundesbeteiligung an den Kosten der Unterkunft erhöht werden sollen. Dies soll zu einer Entlastung in Höhe von 4 Mrd. Euro führen, die sich im Verhältnis von drei zu zwei aus dem erhöhten Umsatzsteueranteil der Gemeinden und aus der erhöhten Bundesbeteiligung an den Kosten der Unterkunft ergeben soll. Drittens soll der Umsatzsteueranteil der Länder erhöht werden. Dies soll die Kommunen in Höhe von einer weiteren Mrd. Euro entlasten, denn die Erhöhung des Umsatzsteueranteils der Länder soll über die kommunalen Finanzausgleichssysteme an die Kommunen weitergegeben werden.

Die gesamten finanziellen Auswirkungen des BTHG werden vom Ausgang des Gesetzgebungsverfahrens abhängen. Unabhängig von der bereits zugesagten Entlastung wird sicherzustellen sein, dass das BTHG bei Ländern und Kommunen nicht zu neuen finanziellen Belastungen führt.

4. Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, Familienentlastende Dienste

4.1 Frühförderung

Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) kümmern sich um eine möglichst frühzeitige Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder von deren Geburt bis zum Schuleintritt. Ziel ist es, direkte oder indirekte Auswirkungen einer Schädigung oder Erkrankung auf die Entwicklung eines Kindes zu verhindern oder abzumildern.

Das Land unterstützt – wie in den vergangenen Jahren – den Aufbau und weiteren Ausbau, den Erhalt und die Weiterentwicklung eines hochwertigen Angebots an IFF in Baden-Württemberg mit 1,8 Mio. Euro. Als Partner der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (LRV) vom 1.6.2014 hat sich das Land zur Förderung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel verpflichtet.

Eine Verwaltungsvorschrift soll ab dem Jahr 2017 die Fördermodalitäten regeln und den Grundsatz der Interdisziplinarität im Sinne der LRV und einer qualitativen Weiterentwicklung der IFF noch stärker in den Mittelpunkt rücken.

4.2 Familienentlastende Dienste

Die Betreuung eines behinderten Familienmitglieds im häuslichen Umfeld geht meist mit erheblichen psychischen und physischen Belastungen für die betreuenden Angehörigen einher; die Familien gehen häufig über die Grenzen ihrer Belastbarkeit hinaus, viele Familien zerbrechen daran. Familienentlastende Dienste (FED) tragen durch ihre Arbeit maßgeblich dazu bei, dass Menschen mit Behinderungen ein inklusives Leben in ihrer Herkunftsfamilie führen können. Die Unterstützung der FED – derzeit mit 2,4 Mio. Euro jährlich – trägt so wesentlich zur Stärkung einer stabilen Familiensituation bei und entspricht daher in besonderer Weise dem Inklusionsgedanken der UN-Behindertenrechtskonvention.

VII. Seniorenpolitik und Pflege

1. Seniorenpolitik

Die Landesregierung wirbt dafür, die Lebensphase Alter als Chance für die gesamte Gesellschaft zu begreifen. Mit dem am 6. Oktober 2015 veröffentlichten „Kompass Seniorenpolitik“ hat sie einen Perspektivwechsel im Hinblick auf ältere Menschen eingeleitet und zugleich die Bandbreite der Landespolitik zugunsten älterer Menschen sowie die seniorenpolitischen Ziele aufgezeigt.

Die im „Kompass“ aufgezeigten Maßnahmen der einzelnen Ministerien sind entweder vor kurzem abgeschlossen worden, in der Umsetzungsphase oder als langfristige politische Ziele benannt, deren Erreichung von den verfügbaren Ressourcen abhängt. Seniorenpolitik als Querschnittsaufgabe erfordert auch weiterhin eine enge Zusammenarbeit innerhalb der Landesregierung und darüber hinaus, um die Belange einer älter werdenden Gesellschaft in allen Politikfeldern noch besser zu berücksichtigen. Innerhalb der Landesregierung geschieht dies unter anderem durch Mitwirkung in Arbeitsgruppen, Beteiligung an Veranstaltungen und Beiträge, nach außen unter anderem durch Öffentlichkeitsarbeit. Daneben wirkt das Ministerium für Soziales und Integration darauf hin, dass Ältere ihre Kompetenzen noch stärker in die Gesellschaft einbringen können.

2. Pflege und Betreuung alter Menschen

2.1 Pflegebedarf wächst

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg wird weiter zunehmen. Im Dezember 2013 waren in Deutschland 2,6 Mio. Menschen pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung (SGB XI), davon 300.000 in Baden-Württemberg. Nach einer Modellrechnung des Statistischen Landesamtes werden im Jahr 2030 voraussichtlich 381.000 Menschen in Baden-Württemberg Hilfe- und Unterstützungsbedarf in der Pflege haben. Dies wäre ein Anstieg um 27 %.

2.2 Bedarfsgerechte Pflegeinfrastruktur

Das Land baut die ambulante Pflegeinfrastruktur aus, um häusliche Pflege- und Betreuungssituationen nachhaltig zu unterstützen und zu entlasten. 1.140 ambulante Pflegedienste gewährleisten flächendeckend eine hochwertige pflegerische Versorgung im Land. Die Dynamisierung und Stärkung häuslicher Pflege im ersten und zweiten Pflegestärkungsgesetz wird 2017 in der Unterstützungsangebote-Verordnung auf Landesebene umgesetzt. Zusätzlich zu den durch die Sozialleistungsträger abgedeckten Leistungsbereichen fördert das Land folgende Maßnahmen zur Strukturentwicklung im Vor- und Umfeld von Pflegebedürftigkeit sowie zur Unterstützung von Familien in Notsituationen:

- ehrenamtlich-bürgerschaftliche Angebote zur Unterstützung im Alltag sowie Seniorennetzwerke und Pflegebegleiter-Initiativen für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und vergleichbar Nahestehende,
- Modellvorhaben zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und –konzepten im Unterstützungsmix zur Stärkung von Quartiersentwicklung im Pflegekontext sowie
- Familienpflege- und Dorfhilfedienste zur Unterstützung von Familien in Notsituationen.

Zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und –konzepten der häuslichen Pflege besteht bei den Pflegekassen ein bundesweiter Fonds in Höhe von 25 Mio. Euro. Der Fonds ergänzt Fördermittel der Länder, der Kommunen oder der Arbeitsverwaltung. Die Landesförderung schafft die Basis für die Inanspruchnahme einer Ko-Finanzierung der Pflegekassen. Einem Euro Landesförderung folgt ein Euro Pflegekassenförderung. Aufgrund der demografischen Entwicklung erhöht sich die Zahl der aus Landesmitteln geförderten Angebote und Initiativen kontinuierlich auf derzeit über 850 landesweit.

Zur Stabilisierung ambulanter Pflegearrangements fördert das Land den weiteren Ausbau des teilstationären Pflegeangebots, vor allem im ländlichen Raum. Die teilstationären Hilfeangebote der Kurzzeitpflege, der Tagespflege und der Nachtpflege leisten einen sehr wichtigen Beitrag zur Unterstützung und Entlastung pflegender Familien. Sie erleichtern den Verbleib der Pflegebedürftigen in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld.

Als Alternative zur stationären Pflege hat das Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (WTPG) für ambulant betreute Wohngemeinschaften einen heimrechtlichen Rahmen geschaffen. Zur Förderung der Verbreitung dieser Wohnform werden ausgewählte vorbildliche Projekte gefördert.

Auch bei einem stationären Hilfebedarf sollen die Pflegebedürftigen soweit wie möglich in ihrem vertrauten Lebensumfeld verbleiben können. Dezentrale, kleinräumige Versorgungsstrukturen und überschaubare Einrichtungsgrößen ermöglichen die Einbindung der Pflegeeinrichtungen in eine Quartiersentwicklung.

Das Land fördert im Innovationsprogramm Pflege 2017 eine in Quartierskonzepte eingebundene Weiterentwicklung sozialraumorientierter und innovativer Versorgungsstrukturen in der Pflege. Ausgehend von der Situation pflegender Angehöriger und der vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen werden innovative Ansätze und Projekte gefördert. Dies umfasst auch die besonderen Bedarfe demenzkranker Menschen sowie die Anforderungen einer kultursensiblen Pflege.

Im Bereich der alltagsunterstützenden Techniken (AAL) engagiert sich das Ministerium für Soziales und Integration in wichtigen Projekten, die das Ziel haben, technische Assistenzlösungen zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements zu etablieren.

3. Heimaufsicht und Qualitätssicherung in der Pflege

Mit dem Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz - WTPG) , das am 31.Mai.2014 in Kraft getreten ist, wird die Teilhabe, Selbstbestimmung und Selbstorganisation der Menschen in den Pflege- und Behinderteneinrichtungen und in der Gesellschaft gefördert und insbesondere die Bildung gemeinschaftlicher, selbstbestimmter Wohnformen älterer, behinderter und pflegebedürftiger Menschen unterstützt. Damit wird die Vielfalt der bereits bestehenden und sich noch entwickelnden ambulant betreuten Wohngemeinschaften gefördert. Darüber hinaus stärkt das Gesetz ältere, behinderte und pflegebedürftige Menschen auch als Verbraucherinnen und Verbraucher. Mit dem WTPG wird zudem die konzeptionelle Weiterentwicklung der Einrichtungen in Richtung Inklusion und Öffnung gefördert. Der Teilhabegedanke und die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention wurden in das Gesetz aufgenommen.

Die im WTPG enthaltenen Verordnungsermächtigungen sollen bei der notwendigen Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur die Würde des Einzelnen noch mehr in den Mittel-

punkt staatlichen Handelns stellen. Einrichtungen sollen in Zukunft noch stärker dieser Zielsetzung und den sich verändernden Lebensstilen gerecht werden. Dazu gehört auch die Gewährleistung eines möglichst hohen Maßes an Selbstbestimmung und Lebensqualität sowie das Recht auf eine Privatsphäre.

Die Verordnung des Ministeriums für Soziales und Integration zur baulichen Gestaltung von Heimen und zur Verbesserung der Wohnqualität in den Heimen Baden-Württembergs (LHeimBauVO), die bereits auf der Grundlage der im Landesheimgesetz enthaltenen Verordnungsermächtigung erlassen wurde, setzt diese Vorgaben konkret um. Sie umfasst im Wesentlichen Grundsätze zur Ausgestaltung und Weiterentwicklung von Heimen sowie Regelungen zu den individuellen und gemeinschaftlichen Wohnbereichen innerhalb der Heime. Die Heime sollen vorrangig als Wohnraum ausgestaltet werden und den Bewohnerinnen und Bewohner immer auch eine geschützte Privatsphäre bieten.

Mit der bestehenden Landesheimmitwirkungsverordnung (LHeimMitVO) soll die Selbstbestimmung und Teilhabe der Heimbewohnerinnen und -bewohner ermöglicht werden.

Die Verordnung des Ministeriums für Soziales und Integration zum Personaleinsatz in Pflegeheimen, die am 1. Februar 2016 in Kraft getreten ist, regelt auch die spezifischen Besonderheiten im Personaleinsatz für die stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Ziel der Landespersonalverordnung (LPersVO) ist es, den Personaleinsatz flexibler als in der Vergangenheit zu gestalten, die Pflegekräfte zu entlasten und zugleich eine hohe fachliche Qualität der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner zu sichern. Kernstück der LPersVO bilden zwei Modelle, um die Fachkraftquote zu erfüllen und die notwendige Fachlichkeit in der Versorgung sicherzustellen.

4. Pflegeversicherung (SGB XI)

Im Zentrum des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) steht die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit einem neuen Begutachtungsverfahren zum 1. Januar 2017, der einen Systemwechsel in der Pflegeversicherung darstellt und weitreichende leistungsrechtliche und vertragsrechtliche Veränderungen mit sich bringt. Dabei wird das bisherige System der drei Pflegestufen und der zusätzlichen Feststellung von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (insbesondere Demenz) durch fünf für alle Pflegebedürftigen einheitlich geltende Pflegegrade ersetzt.

In Baden-Württemberg sind in 42 von 44 Stadt- und Landkreisen Pflegestützpunkte 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. Die auf Landesebene eingerichtete Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte (stimmberechtigte Mitglieder: Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen und Kommunale Landesverbände; beratend wirkt das Ministerium für Soziales und Integration mit) entscheidet über den Ausbau der Pflegestützpunkte. Die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte hat sich auf den Ausbau der Pflegestützpunkte bis 2018 auf bis zu 72 Pflegestützpunkte verständigt, der jedoch an klare Qualitätsanforderungen geknüpft wird.

VIII. Berufsrecht sowie Aus- und Weiterbildung im Bereich der Gesundheits- und Pflegeberufe

1. Landesförderung der Ausbildung von Personal in der Pflege und in sozialen Berufen

Haushaltswirksam sind insbesondere die Ausgaben im Bereich der Privatschulförderung für die in freier Trägerschaft befindlichen Schulen für Altenpflege, für Altenpflegehilfe und für soziale Berufe. Es handelt sich bei allen Schulen um Ersatzschulen, die nach Privatschulgesetz einen Rechtsanspruch auf Förderung haben. Demgegenüber wird das Krankenpflegepersonal an mit Krankenhäusern verbundenen Schulen ausgebildet. Diese Schulkosten werden über eine Umlage mit den Krankenhausentgelten finanziert.

In der Krankenpflege und Krankenpflegehilfe wurden im Schuljahr 2014/15 9.008 und im Schuljahr 2015/16 9.225 Schülerinnen und Schüler ausgebildet.

Die Zahl der Schüler/innen an privaten Altenpflege- und Altenpflegehilfeschulen hat sich von 6.450 im Schuljahr 2014/15 auf 6.545 im Schuljahr 2015/16 erhöht. Damit hat sich der seit Jahren an den privaten und auch an den öffentlichen Schulen (Geschäftsbereich des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport) zu verzeichnende Anstieg fortgesetzt. Gegenüber dem Schuljahr 2000/01 haben sich die Schülerzahlen an den privaten Schulen nahezu verdoppelt.

Schuljahr	Schülerzahlen an privaten Altenpflege- und Altenpflegehilfeschulen	Schülerzahlen an öffentlichen Altenpflege- und Altenpflegehilfeschulen	Gesamt
2000/01	3.367	2.476	5.843
2013/14	6.114	4.076	10.190
2014/15	6.450	4.104	10.554
2015/16	6.545	4.148	10.693

An den privaten Schulen für Sozialberufe wurden im Schuljahr 2014/15 insgesamt 5.198 und im Schuljahr 2015/16 insgesamt 5.309 Schülerinnen und Schüler ausgebildet. Diese verteilten sich auf folgende Schultypen:

Schulart	Schülerzahlen im Schuljahr 2013/14	Schülerzahlen im Schuljahr 2014/15	Schülerzahlen im Schuljahr 2015/16
Fachschule für Heilerziehungspflege	2.319	2.267	2.289
Fachschule für Haus- und Familienpflege	81	80	74
Fachschule für Heilerziehungsassistenten	83	148	209
Fachschule für Heilpädagogik	380	346	336
Fachschule für Jugend- und Heimerziehung	1.504	1.582	1.637
Fachschule für Arbeitserziehung	615	597	592
Berufsfachschule für Sozialpflege – Alltagsbetreuung	171	178	172

Schulart	Schülerzahlen im Schuljahr 2013/14	Schülerzahlen im Schuljahr 2014/15	Schülerzahlen im Schuljahr 2015/16
Gesamt	5.156	5.198	5.309

Das Landespflegegesetz bietet auch die Möglichkeit, innerhalb der landesrechtlichen Gesetzgebungskompetenz Pflegeberufe unterhalb der dreijährigen Ausbildung zu regeln. Die erfolgreiche Erprobung einer zweijährigen Ausbildung in der Krankenpflegehilfe im Rahmen von Modell-Projekten wurde nun in eine Regelausbildung neben der einjährigen Ausbildung überführt. Des Weiteren wird als Schulversuch eine auf zwei Jahre gestreckte Altenpflegehelferausbildung mit intensivem Deutschunterricht (im ersten Jahr zehn Wochenstunden, im zweiten Jahr fünf Wochenstunden) erprobt. Diese ist für Migrantinnen und Migranten, insbesondere für Flüchtlinge geeignet, deren Deutschkenntnisse für die reguläre Ausbildung nicht ausreichen. Die Erprobung hat im Herbst 2015 an sechs Standorten begonnen, weitere Schulen werden folgen. Es kommt der gleiche jährliche Fördersatz wie in der einjährigen Altenpflegehilfeausbildung zur Anwendung.

Durch eine Reform der Pflegeberufe sollen die drei bisher eigenständigen Pflegeberufe Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem generalistischen Pflegeberuf zusammengeführt werden. Der Entwurf wird derzeit im Bundestag beraten. Die Finanzierung der Ausbildung wird auf eine neue Grundlage gestellt werden, die gesamten Ausbildungskosten auf Landesebene sollen durch einen Fonds auf die Beteiligten umgelegt werden. In diesen Fonds wird das Land, das bisher die Altenpflegeschulen finanziert, einzahlen.

Zur Unterstützung von jungen Menschen mit besonderem Förderbedarf bei einer Ausbildung in der Pflegehilfe wurde 2016 das ESF-Programm „Assistierte Ausbildung für Berufe der Pflegehilfe und Alltagsbetreuung“ aufgelegt. Dabei soll die Aufnahme einer Ausbildung durch sozialpädagogische Begleitung erleichtert und Abbrüchen vorgebeugt werden.

Der neu geschaffene zweijährige Ausbildungsgang Heilerziehungsassistent, der den bisherigen Ausbildungsgang Heilerziehungshilfe abgelöst hat, wird seit dem Schuljahr 2014/15 angeboten. Im ersten Schuljahr haben 85 Schüler und Schülerinnen mit dieser Ausbildung begonnen. Im Schuljahr 2015/16 liegt die Schülerzahl bei 209.

Informations- und Werbekampagne

„Attraktivität der Pflegeberufe und der sozialen Berufe“ in Baden-Württemberg

Nach Angaben des Statistischen Landesamtes werden in Baden-Württemberg in zwanzig Jahren rund 60 % mehr Pflegekräfte in ambulanten und stationären Einrichtungen benötigt als heute. Um dem prognostizierten Bedarf an Pflegekräften gerecht zu werden, sollte mit einer auf fünf Jahre (bis Ende 2016) angelegten Informations- und Werbekampagne die Attraktivität der Pflege insgesamt hervor gehoben und auf eine neue gesellschaftliche Anerkennung der Pflege hingewirkt werden.

Unter dem Motto "Vom Fach. Für Menschen – Pflege- und Sozialberufe in Baden-Württemberg" wurden die großen Leistungen und die fachliche und persönliche Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege sowie in den sozialen und hauswirtschaftlichen Berufen in der Öffentlichkeit dargestellt. Außerdem wurde über die jeweiligen Berufsbilder, Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten sowie die Veränderungen, die das Feld der Pflege und die Pflegenden betreffen, über eine Internetplattform, auf Ausbildungsmessen sowie bei sonstigen Veranstaltungen informiert.

2. Landesförderung privater Schulen für Gesundheitsberufe

Die Gesundheitsberufe sind in vielen Bereichen der Prävention, Therapie und Rehabilitation sowohl in der Kinder- als auch Erwachsenenversorgung vertreten. Ihnen kommt eine immer größere Bedeutung zu. Die Gesundheitsberufe sind erheblichen Wandlungen unterworfen und müssen sich geänderten Anforderungen stellen. Eine qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung ist daher geboten.

Die Förderung von Schulen in freier Trägerschaft (Privatschulen) für die Gesundheitsberufe aus Landesmitteln ist eine wichtige gesundheits- und sozialpolitische Aufgabe des Landes Baden-Württemberg. Die gewährten Zuschüsse an nicht mit Krankenhäusern verbundene Privatschulen im Rahmen des Privatschulgesetzes und nach Maßgabe des Staatshaushaltsplanes sollen dazu beitragen, dass eine qualitativ gute Ausbildung in den Gesundheitsberufen angeboten werden kann.

Der Dienstleistungssektor Gesundheit ist im Wachstum begriffen und beinhaltet noch Wachstumspotenziale, die zur Schaffung von Arbeitsplätzen bzw. zu deren Erhalt beitragen können. Nicht nur die demografische Entwicklung (Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung), sondern auch das zunehmend problematische Bewegungs- und Ernährungsverhalten der jüngeren Bevölkerung sowie die Belastungen der arbeitenden Bevölkerung am Arbeitsplatz ziehen einen vermehrten Bedarf an qualifizierten Fachkräften im Gesundheitswesen nach sich. Neue Beschäftigungsmöglichkeiten und neue Berufsbilder erwachsen auch durch den weiterhin rasanten medizinisch-technischen Fortschritt und die zunehmende Qualitätssicherung bei den Gesundheitsleistungen und -dienstleistungen.

Die Privatschulförderung für Gesundheitsberufe gliedert sich in zwei Bereiche. Zum einen werden die genehmigten Ersatzschulen (Berufskollegs und Berufsfachschulen) auf Grund des Rechtsanspruchs auf Fördermittel nach dem Privatschulgesetz durch einen vom Ministerium für Kultus, Jugend und Sport festgelegten Kopfsatz je Schülerin bzw. Schüler zum Stichtag der amtlichen Schulstatistik gefördert. Zum anderen erhalten die staatlich anerkannten Ergänzungsschulen (Ergotherapie- und Podologieschulen sowie Schulen für Masseure und medizinische Bademeister/Masseurinnen und medizinische Bademeisterinnen) eine Förderung nach Maßgabe des Staatshaushaltsplans.

In den vergangenen Jahren stieg sowohl die Anzahl der geförderten Schulen als auch die Zahl der zu fördernden Schülerinnen und Schüler stetig an. Dieser Trend wird sich auch weiterhin fortsetzen.

Landesförderung privater Schulen für Gesundheitsberufe

Jahr	Schulen		Schülerzahl		Fördermittel (in Mio. Euro)
	Ersatz- schulen	Ergänzungs- schulen	Ersatz- schulen	Ergänzungs- schulen	
2000	29	11	1.994	960	9,36
2013	45	21	3.747	1.170	19,83
2014	47	22	3.845	1.189	21,80
2015	48	24	3.873	1.213	22,81

Der Kostendeckungsgrad der Ersatzschulen gegenüber den öffentlichen Schulen betrug 2012 71,5 %. Durch strukturelle Erhöhungen der Kopfsätze in den Jahren 2013, 2014, 2015 und 2016 (zum 1.1.) liegt er nunmehr bei annähernd 80 %.

IX. Grundsicherung, Sozialhilfe und Wohlfahrt

1. Sozialhilfe / Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung - Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

Der Bund erstattet seit 2014 die kommunalen Nettoausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII vollständig. Die Erstattung betrug im Jahre 2015 560 Mio. Euro, im Jahre 2016 wird sie voraussichtlich über 610 Mio. Euro betragen. In den Jahren 2017 und 2018 ist mit einer Erstattung von 650 Mio. Euro bzw. 700 Mio. Euro zu rechnen.

Da der Bund mehr als die Hälfte der Nettoausgaben trägt, ist nach dem Grundgesetz Bundesauftragsverwaltung eingetreten. Die Länder unterliegen damit in vollem Umfang den Weisungen des Bundes, die diese an die Kommunen weitergeben müssen. Die Bundesauftragsverwaltung und die Modalitäten der neuen Bundeserstattung wurden auf der Landesebene durch das Gesetz zur Änderung des Ausführungsgesetzes zum SGB XII vom Juli 2014 umgesetzt.

2. Förderung von Maßnahmen für Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (Gefährdetenhilfe)

Als freiwillige Leistung beteiligt sich das Land an der Wohnungslosenhilfe, indem es den Erwerb, Bau, Umbau und die Sanierung von stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen zu Rehabilitation von Wohnungslosen mit 40 v. H. der zuwendungsfähigen Investitionskosten fördert.

In den Jahren 2015 und 2016 standen jeweils insgesamt 2,2 Mio. Euro im Rahmen des Kommunalen Investitionsfonds und Landesmitteln für die Förderung neuer Maßnahmen zur Verfügung.

Mit der Landesförderung können wichtige Impulse zur Entwicklung regionaler und überregionaler Angebote geschaffen werden mit dem Ziel, flächendeckende Hilfestrukturen im Land zu schaffen. Unter anderem startet im Jahr 2016 das Modellprojekt „Verbesserung der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen“, mit welchem ein niederschwelliges Angebot ärztlicher Sprechstunden für wohnungslose Menschen geschaffen werden soll.

3. Verbraucherinsolvenzverfahren / Schuldnerberatung

Die Tätigkeitsbereiche der kommunalen und frei gemeinnützigen Schuldnerberatungsstellen haben sich in den letzten Jahren kontinuierlich verbreitert und beinhalten neben der klassischen Beratung auch Tätigkeiten im Rahmen der vom Land geförderten Verbraucherinsolvenzberatung, die Ausstellung von Bescheinigungen im Zusammenhang mit dem pfändungsfreien Konto, die Durchführung von Informationsveranstaltungen zur Vermeidung von Überschuldung, die Gewinnung und Betreuung von ehrenamtlich Tätigen zur Mithilfe bei der Schuldnerberatung und vieles mehr. Aufgrund der demografischen Entwicklung und zunehmend sinkenden Einkommenserwartungen im Rentenalter erhöht sich die gesellschaftliche Notwendigkeit, älteren und von Überschuldung bedrohten Menschen verstärkt beratend zur Seite zu stehen.

Die Schuldnerberatungsstellen, die im außergerichtlichen Verbraucherinsolvenzverfahren Vergleiche zwischen ihren Klienten und den jeweiligen Gläubigern abschließen oder eine Bescheinigung über einen gescheiterten Einigungsversuch erteilen, erhalten hierfür eine Landesförderung. Die Förderung erfolgt mittels differenzierter Fallpauschalen, die den Trägern der Schuldnerberatungsstellen ihre diesbezüglich entstehenden Aufwendungen teilweise abgelten sollen. Die Fallpauschalen wurden zum 1. Januar 2014 erstmals nach über 12 Jahren um einen Inflationsausgleich von rund 20 % erhöht. Die Entwicklung der Fallzahlen und die Ausgaben im außergerichtlichen Verbraucherinsolvenzverfahren stellen sich wie folgt dar:

Haushaltsjahr	Vergleiche	Bescheinigungen	Gesamt	Ausgaben
2011	1.109	3.772	4.881	1,47 Mio. €
2012	1.030	3.673	4.703	1,54 Mio. €
2013	986	3.803	4.789	1,55 Mio. €
2014	1.091	3.773	4.864	1,75 Mio. €
2015	1.010	3.730	4.740	1,74 Mio. €

4. Betreuungsvereine

Die rechtliche Betreuung von Menschen mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen gewinnt stetig an Bedeutung.

Die Grundlagen des Betreuungswesens sind im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelt. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll die rechtliche Betreuung grundsätzlich ehrenamtlich erfolgen, eine berufliche Betreuung soll nur eingerichtet werden, wenn keine ehrenamtliche Betreuung zur Verfügung steht.

Für das Betreuungsrecht ist in Baden-Württemberg das Ministerium der Justiz und für Europa federführend zuständig, das Ministerium für Soziales und Integration für die Richtlinien zur Förderung der Betreuungsvereine.

Die Gewinnung, Unterstützung und Begleitung von Ehrenamtlichen obliegt maßgeblich den Betreuungsvereinen. Für die Wahrnehmung dieser Aufgabe werden sie vom Land gefördert.

Die Landesförderung erfolgt durch den Kommunalverband für Jugend und Soziales als überörtliche Betreuungsbehörde auf Grundlage des Landesausführungsgesetzes zum Betreuungsgesetz (AG BtG) in Verbindung mit der Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Soziales und Integration über die Förderung von Betreuungsvereinen vom 22. Juni 2015.

Angesichts der demografischen Entwicklung wird in den kommenden Jahren mit einem weiteren Anstieg der Betreuungen gerechnet. Für die Zukunft gilt es daher, die Betreuungsvereine bei der Gewinnung, der Begleitung und Fortbildung ehrenamtlicher Betreuer weiterhin zu unterstützen, insbesondere auch im Hinblick darauf, dass durch berufliche Betreuung der öffentlichen Hand erheblich höhere Kosten entstehen.

5. Armuts- und Reichtumsbericht Baden-Württemberg

Die Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung bleibt eine wichtige Aufgabe. Gemeinsam mit den relevanten Verbänden und im Sozialbereich Aktiven wird das Ministerium

für Soziales und Integration eine Diskussion darüber führen, welche Maßnahmen am besten geeignet sind, Armut zu bekämpfen.

Für die Kommunen ist eine Informationsveranstaltung sowie die Entwicklung eines „Handwerkskoffers“ mit Informationen zur möglichen Ausgestaltung einer kommunalen Berichterstattung sowie zur Verfügung stehender Indikatoren und Datenquellen durch die beim Statistischen Landesamt angesiedelte „Familienforschung Baden-Württemberg“ vorgesehen, ferner eine Veranstaltung zur Vernetzung und Auswertung der 13 Projekte des laufenden „Ideenwettbewerbs für Strategien gegen Armut“.

X. Sozialversicherung

1. Gesetzliche Krankenversicherung und ambulante ärztliche Versorgung

1.1 Krankenkassen in Baden-Württemberg

Das Ministerium für Soziales und Integration ist Rechtsaufsichtsbehörde für

- die Allgemeine Ortskrankenkasse Baden-Württemberg,
- den Landesverband der Betriebskrankenkassen Süd sowie für
- acht landesunmittelbare Betriebskrankenkassen.

Als Aufsichtsbehörde ist das Ministerium auf eine Rechtsaufsicht beschränkt und darf nicht fachaufsichtlich Umfang und Zweckmäßigkeit von Maßnahmen zum Gegenstand ihrer aufsichtsrechtlichen Überwachungstätigkeit machen. Die Aufsichtsbehörde hat darüber zu wachen, dass die Krankenkasse die Gesetze und sonstiges für sie maßgebendes Recht beachtet. Dazu gehört auch die Beachtung einer gesicherten höchstrichterlichen Rechtsprechung. Andererseits muss die Aufsichtsbehörde dem Selbstverwaltungsrecht der Krankenkassen als Träger mittelbarer Staatsgewalt Rechnung tragen. Dabei ist zu beachten, dass der eigenverantwortliche Vollzug einer detaillierten Sozialgesetzgebung zum wesentlichen Kompetenzbereich der selbstverwaltenden Krankenkassen gehört. Am 1. Mai 2016 gehörten den der Aufsicht des Landes unterstehenden Krankenkassen ca. 3,2 Mio. Mitglieder bzw. ca. 4,3 Mio. Versicherte an.

Sehr wahrscheinlich wird sich die Vermögenssituation der landesunmittelbaren Krankenkassen zum Ende des Jahres 2016 – wie auch in den vergangenen Jahren – weiterhin gut darstellen. Die finanzielle Situation und die Mitglieder- bzw. Versichertenentwicklung der Krankenkassen wird weiterhin durch die Regelungen des am 21. Juli 2014 in Kraft getretenen Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) geprägt werden. Durch dieses Gesetz wurde zum 1. Januar 2015 der allgemeine Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung, der paritätisch finanziert wird, von 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent abgesenkt. Der bisherige mitgliederbezogene Beitragssatzanteil von 0,9 Prozentpunkten entfiel. Stattdessen können die Krankenkassen einkommensabhängig Zusatzbeiträge erheben. Dadurch wird die Beitragsautonomie der einzelnen Krankenkassen gestärkt.

1.2 Kassenärztliche und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

Neben den Krankenkassen führt das Ministerium für Soziales und Integration die Rechtsaufsicht über die Kassenärztliche Vereinigung (KVBW) und die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV BW) Baden-Württemberg.

KVBW und KZV BW sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Pflichtmitgliedschaft. Einerseits nehmen sie Rechte und Interessen der Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragszahnärztinnen und -ärzte gegenüber den Krankenkassen wahr. Andererseits obliegen ihnen gesetzliche Gewährleistungs- und Sicherstellungsaufgaben für die vertragsärztliche Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Für das Jahr 2014 bzw. 2015 wurden folgende Honorar beträge abgerechnet:

Abgerechnete Gesamtvergütung	in Mio. Euro
Ärztinnen/Ärzte (2015)	4.237
Zahnärztinnen/-ärzte (2014)	1.623

Eine weitere, für die allgemeine Daseinsvorsorge wichtige Aufgabe der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ist die Mitwirkung an der Bedarfsplanung. Nach den Bedarfsplanungsrichtlinien, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bundesweit verbindlich vorgegeben werden, spricht man bei der vertragsärztlichen Versorgung von einer Unterversorgung, wenn der ausgewiesene bedarfsgerechte Versorgungsgrad (100 v.H.) bei der allgemein-/hausärztlichen Versorgung um mehr als 25 v.H. und bei der fachärztlichen Versorgung um mehr als 50 v.H. unterschritten wird und die Kassenärztliche Vereinigung feststellt, dass im betroffenen Planungsbereich tatsächlich eine Unterversorgung vorliegt. Da sich die bisherige Bedarfsplanung als unzureichend erwiesen hat, wurden die gesetzlichen Grundlagen reformiert. Insbesondere bei der hausärztlichen Versorgung wurden kleinräumige Planungsbereiche (sog. Mittelbereiche) eingerichtet. Darüber hinaus wurden Beteiligungsrechte der Länder gestärkt und Abweichungsmöglichkeiten von den Bedarfsplanungsrichtlinien geschaffen.

1.3 Ärztliche Versorgung im Ländlichen Raum – Förderprogramm „Landärzte“

Die vertragsärztliche Versorgung in Baden-Württemberg ist nach wie vor sehr gut, eine Unterversorgung anhand der aktuellen Planungskriterien ist nicht gegeben. Auf lokaler Ebene, insbesondere im ländlichen Raum, kann es aber aus unterschiedlichen Gründen zu Versorgungsengpässen kommen.

Hier setzt das Förderprogramm „Landärzte“ an, das vom Ministerium für Soziales und Integration im Sommer 2012 in überarbeiteter Form auf den Weg gebracht wurde. Ziel des Förderprogramms ist die Sicherstellung der ambulanten hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum auch in Zukunft. Das Programm richtet sich an Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sowie hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten. Hausärztinnen und Hausärzte können bis zu 30.000 Euro Landesförderung erhalten, wenn sie sich in Baden-Württemberg in einer ländlichen Gemeinde niederlassen, die als Fördergebiet ausgewiesen ist.

Das Förderprogramm „Landärzte“ hat sich in den letzten Jahren bewährt und leistet einen verlässlichen Beitrag im Rahmen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum. Rund 80 Anträge aus 19 Landkreisen wurden bis dato bewilligt und die zur Verfügung stehenden Fördergelder weitgehend ausgeschöpft. Auf Grund der bisherigen guten Erfahrungen soll das Programm in 2017 fortgeführt und inhaltlich weiterentwickelt werden.

2. Gesetzliche Rentenversicherung

2.1 Zukunftssichere Renten

Die gesetzliche Rentenversicherung ist das größte soziale Sicherungssystem in der Bundesrepublik Deutschland. Ihre Leistungen haben sich in ihrer weit über 100-jährigen Geschichte von einem bloßen Zuschuss zum allgemeinen Lebensbedarf zur maßgeblichen

Grundlage für finanzielle Sicherheit im Alter entwickelt. Von grundlegender Bedeutung auf diesem Weg war dabei die Einführung der dynamischen Rente, wonach die Renten vor allem entsprechend der Einkommensentwicklung jährlich angepasst werden.

Besonders erfreulich ist in diesem Zusammenhang die aktuelle Rentenanpassung zum 1. Juli 2016: plus 4,25 Prozent in den alten Bundesländern, plus 5,95 Prozent in den neuen Bundesländern. Dies ist die größte Rentensteigerung seit 23 Jahren. Positiv ist ebenfalls, dass auch im Durchschnitt der vergangenen zehn Jahre die Rentenanpassungen in Ost und West höher als die Inflationsrate lagen.

Trotz dieser erfreulichen Entwicklung ist in der öffentlichen Diskussion eine wachsende Sorge vor zunehmender Altersarmut wahrzunehmen. Thematisiert werden hierbei vor allem das sinkende Rentenniveau in der gesetzlichen Rentenversicherung sowie ein nicht in ausreichendem Maße stattfindendes Vorsorgeverhalten in der betrieblichen Altersversorgung und bei der privaten Altersvorsorge.

Die Politik nimmt sich dieser beiden Aspekte an. Nachdem die Regierungskoalition auf Bundesebene bereits am Anfang der Legislaturperiode verschiedene Maßnahmen, wie die so genannte Mütterrente, umgesetzt hat, sollen nun eine Stärkung der betrieblichen Altersvorsorge sowie im Rentenrecht eine solidarische Lebensleistungsrente auf den Weg gebracht werden.

2.2 Rentenversicherung in Zahlen

Das Ministerium für Soziales und Integration führt die Rechtsaufsicht über die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, deren Etat der zweitgrößte Etat nach dem Landeshaushalt ist (Haushaltsvolumen 2016: 18,4 Mrd. Euro). Weitere Kennzahlen aus dem Jahr 2014, wie beispielsweise die Zahl der Versicherten von über 3,8 Millionen sowie die Zahl der Renten von knapp 1,5 Mio. unterstreichen die große Bedeutung dieses Versicherungsträgers.

3. Berufliche Bildung in der Sozialversicherung

Das Ministerium für Soziales und Integration ist nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) zuständige Stelle für die Ausbildung der Sozialversicherungsfachangestellten bei den landesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern (AOK Baden-Württemberg, Betriebskrankenkassen, DRV Baden-Württemberg, Unfallkasse Baden-Württemberg). Die Ausbildungszahlen sind – abgesehen von den üblichen Schwankungen – im letzten Jahrzehnt insgesamt stabil geblieben. Ab dem 1. August 2016 wird die Unfallkasse Baden-Württemberg erstmals seit über zehn Jahren wieder zwei Sozialversicherungsfachangestellte selbst ausbilden. Zur Stabilisierung der ländlichen Berufsschulstandorte konnte die AOK Baden-Württemberg durch eine interne Regelung erreichen, dass seit September 2015 wieder gleich viele Auszubildende mit Realschulabschluss und Berufsschulpflicht wie Auszubildende mit Abitur mit einer auf zwei Jahre verkürzten Ausbildungszeit und ohne Berufsschulpflicht eingestellt wurden.

Die zuständige Stelle überwacht die Ausbildung, führt das Verzeichnis der Ausbildungsverträge und führt pro Jahr insgesamt sieben Zwischen-, Abschluss- und Ausbildereignungsprüfungen durch. Im Dezember 2015 wurde die Prüfungsordnung über die Durchführung von Zwischen- und Abschlussprüfungen im Rahmen der Ausbildung der Sozial-

versicherungsfachangestellten (Prüfungsordnung-Sozialversicherungsfachangestellte – PO-Sofa) als Satzung neu erlassen. Ende 2016 wird die Prüfungsordnung über die Durchführung der Ausbildereignungsprüfung an die geltende Rechtslage angepasst.

4. Das Prüfwesen in der Sozialversicherung

4.1 Prüfungsauftrag und –inhalt

Das Prüfungsamt für die Sozialversicherung prüft als unabhängige Einrichtung die in seinem Zuständigkeitsbereich liegenden landesunmittelbaren Sozialversicherungsträger und sonstigen Organisationen der Sozialversicherung.

Dabei handelt es sich zum einen um die ausschließlich aus Landesmitteln finanzierte Aufsichtsprüfung nach § 88 Absatz 1 SGB IV, die sich auf den Bereich der gesamten Sozialversicherung erstreckt.

Weiter gibt es für die Gesetzliche Krankenversicherung, die Pflegekassen, die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Vereinigung und weitere Institutionen die Beratungsprüfung nach § 274 SGB V und § 46 Absatz 6 SGB XI, die im gesetzlich vorgeschriebenen 5-Jahresturnus durchgeführt wird und für die eine Prüfungsumlage erhoben wird bzw. eine Kostenerstattungspflicht besteht. Allein die fünf größten der zu prüfenden Einrichtungen verfügen über ein Haushaltsvolumen von rund 30 Milliarden Euro.

4.2 Neue Anforderungen an das Prüfwesen

Gesundheitsfonds und weiterentwickelter Risikostrukturausgleich

Die Beiträge der gesetzlichen Krankenkassen werden im Gesundheitsfonds zusammengezogen. Die jährlichen Fondsmittel belaufen sich auf rund 200 Milliarden Euro. Die Gelder werden nach Maßgabe des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs an die Krankenkassen verteilt. Ausgelöst werden die Geldströme durch Meldungen der Krankenkassen an den Gesundheitsfonds. Diese Meldungen betreffen den Status der Versicherten und deren Morbidität. Vom Prüfungsamt werden die Meldungen der landesunmittelbaren Krankenkassen geprüft. Dabei geht es um die Authentizität und Manipulationsfreiheit der Angaben. Originär stammen die Morbiditätsdaten aus den Abrechnungen der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Apotheken. Die Ausgangsdaten sind anfällig für Veränderungen („Umcodierungen“), was mit gravierenden finanziellen Auswirkungen verbunden sein kann. Bei Manipulationen geschädigt würden im geschlossenen Finanzierungssystem die jeweils anderen Krankenkassen/Solidargemeinschaften, ohne dass sie ihrerseits Einblick in das Meldegeschehen insgesamt nehmen können. Vor diesem Hintergrund misst die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts den vorliegenden Prüfungen einen hohen Stellenwert bei und ordnet sie dem milliardenschweren Finanzausgleichssystem als integraler Bestandteil zu. Infolge der Struktur des Gesundheitsfonds und der Komplexität des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs erfordern diese Prüfungen eine enge Kooperation und Abstimmung unter den Prüfdiensten des Bundes und der Länder.

Insolvenzordnung

Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) hat ab 1. Januar 2010 alle gesetzlichen Krankenkassen in den Anwendungsbereich der Insolvenzordnung einbezogen. Das vom Prüfungsamt bei den Kassen durchzuführende Finanzcontrolling schließt die Betriebsmittel und Rücklagen, die

Forderungen und Verbindlichkeiten, die Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs auf die Krankenkassen sowie gegebenenfalls die Gesamtverschuldung und den Entschuldungsplan in die Bewertung ein.

Arbeitsgemeinschaften und Outsourcing körperschaftlicher Aufgaben

Das Gesetz zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften vom 24. Juli 2010 hat den Prüfungsauftrag des § 274 SGB V um die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen erweitert. Damit sind auch Institutionen prüffähig geworden, die sich in der Praxis herausgebildet haben und zuvor den Prüfdiensten nicht zugänglich waren.

4.3 Kosten des Prüfungswesens

Die Kosten des Prüfungswesens beliefen sich 2015 auf rund 1,43 Mio. Euro. Die erstattungspflichtigen Institutionen trugen hiervon circa 1,15 Mio. Euro, der Anteil des Landes belief sich auf rund 0,28 Mio. Euro.

XI. Frauen und Gleichstellungspolitik

1. Gleiche Chancen für Mädchen und Jungen

Mit dem Förderprogramm „Mädchen gestalten Zukunft“ werden gezielt Mädchenprojekte im Bereich der Berufswahlorientierung gefördert, die sich mit entsprechenden Angeboten an den individuellen Lebenswelten der Mädchen und jungen Frauen orientieren, von einer genderkompetenten Haltung geprägt und nachhaltig angelegt sind. Die Ausbildung von Selbstbewusstsein sowie das Wissen um die eigenen Stärken und Lebenskompetenzen sind grundlegende Voraussetzungen für die persönliche Entwicklung. Vor allem im Berufswahlprozess bzw. im Übergang von der Schule in den Beruf spielen diese Faktoren eine entscheidende Rolle. Sie sind wichtige Voraussetzungen, wenn es darum geht, stereotype Geschlechterrollen aufzubrechen und die Berufsorientierung von Mädchen und jungen Frauen zu erweitern.

Sowohl in der Bildungs- und Ausbildungssituation als auch bei speziellen Themen wie Freizeit- und Konsumverhalten, Gesundheitssituation und besonderen Problemlagen haben auch Jungen einen geschlechtsspezifischen Förderbedarf. Seit 2010 fördert das Ministerium für Soziales und Integration Projekte der LAG Jungenarbeit zur Fort- und Weiterbildung ehren- und hauptamtlicher Fachkräfte in der differenz- und geschlechterbezogenen Arbeit mit Jungen unterschiedlicher Altersgruppen.

Die LAG Mädchenpolitik und die LAG Jungenarbeit setzen sich in Baden-Württemberg für geschlechtsspezifisches Arbeiten mit Mädchen und Jungen ein. Die Geschäftsstellen beider Landesarbeitsgruppen werden vom Ministerium für Soziales und Integration institutionell gefördert.

2. Menschenhandel zum Zweck der sexuellen Ausbeutung

Menschenhandel ist eine besonders entwürdigende Erscheinungsform der professionellen, häufig organisierten Kriminalität. Opfer sind vor allem Frauen und Mädchen, die zur Prostitution gezwungen werden. Daher werden in Baden-Württemberg vier Fachberatungsstellen für Opfer von Menschenhandel gefördert, und zwar die Mitternachtsmission in Heilbronn, das Fraueninformationszentrum in Stuttgart, FreiJa in Freiburg und Amalie in Mannheim. Die Beratungsstelle zur Unterstützung des Ausstiegs aus der Prostitution P.I.N.K (Prostitution – Integration – Neustart – Know-how) in Freiburg wird weiter gefördert.

3. Gewalt gegen Frauen – Umsetzung des Landesaktionsplans

Ein Schwerpunkt der Politik der Landesregierung ist die Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen. Unter Federführung des Ministeriums für Soziales und Integration wurde in Zusammenarbeit mit relevanten staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren der Landesaktionsplan gegen Gewalt an Frauen erstellt. Gegenstand des Landesaktionsplans sind Formen von Gewalt, die Frauen unverhältnismäßig stark betreffen. Dazu zählen häusliche Gewalt, sexuelle Gewalt, Zwangsverheiratung und Menschenhandel zum Zwecke der sexuellen Ausbeutung. Der Landesaktionsplan schafft Rahmenbedingungen und gibt Impulse zur Vorhaltung eines bedarfsdeckenden Schutz- und Unterstützungsangebots für gewaltbetroffene Frauen und ihrer Kinder, zur Bekämpfung und nachhaltigen Beendigung von Gewalt gegen Frauen durch gut abgestimmte Interventionsketten und zur Verhütung von

Gewalt gegen Frauen durch eine koordinierte und wirkungsvolle Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit.

Eine wesentliche strukturelle Weiterentwicklung ist die Schaffung einer Landeskoordinierungsstelle mit folgenden Aufgabenschwerpunkten:

- Organisation und Moderation des behörden- und institutionenübergreifenden Erfahrungs- und Informationsaustauschs und Zusammenarbeit mit entsprechenden Stellen auf kommunaler, Landes- und Bundesebene zur gegenseitigen Unterstützung und Absprache der Vorgehensweise,
- Unterstützung der interinstitutionellen Interventionsketten gegen Gewalt an Frauen auf Stadt- und Landkreisebene,
- Abwicklung und Begleitung von wissenschaftlich fundierten Bedarfsanalysen und Bedarfsplanungen im Hinblick auf ein adäquates Unterstützungssystem für gewaltbetroffene Frauen im Land,
- Zusammenarbeit und Koordinierung des Austauschs mit dem bundesweiten Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“,
- Impulsgebung zur Anpassung rechtlicher Rahmenbedingungen,
- Konzeptentwicklungen (z.B. Akut-Schutz-Konzepte für Frauen mit erhöhtem Betreuungs- und Pflegebedarf, Konzepte für flächendeckende Angebote der Täterarbeit und der verfahrensunabhängigen Beweissicherung, Schutzkonzepte für junge volljährige Opfer von Menschenhandel).

Die Beratung und Begleitung der Umsetzung erfolgt durch einen Beirat als behörden- und institutionenübergreifendes Fachgremium.

Das Land unterstützt die Weiterentwicklung in den Schutz- und Beratungskonzepten des stationären und ambulanten Hilfesystems durch die finanzielle Förderung von Modellprojekten, wie z.B. zur Unterstützung gewaltbetroffener Frauen mit Behinderung das Projekt „Frauenbeauftragte in Einrichtungen“.

Zur Verbesserung der Akut-Versorgung von Gewaltopfern soll die Gewaltambulanz Heidelberg mit ihrem niedrigschwelligen Angebot der rechtsmedizinischen Untersuchung, der gerichtsfesten Dokumentation und Asservierung von Spuren auch für Gewaltopfer, die keine Anzeige erstattet haben, weiter gefördert werden.

4. Bekämpfung von Zwangsverheiratung

Eine Zwangsverheiratung greift massiv in die Lebensgestaltung des Opfers ein und hat generell oft langfristige integrationshemmende Auswirkungen. Beim Vorgehen gegen Zwangsverheiratungen sind Beratungs-, Sensibilisierungs- und Präventionsmaßnahmen im Zuge einer zielgruppenorientierten Öffentlichkeitsarbeit von wesentlicher Bedeutung. Hierzu dienen Schulungen, die vom ehemaligen Ministerium für Integration in Kooperation mit bewährten Trägern zur Bekämpfung von Zwangsverheiratung entwickelt worden sind.

Die vom Ministerium für Soziales und Integration finanzierte mobile Beratungsstelle Yasemin in Stuttgart bietet neben aufsuchender und persönlicher Beratung auch Informationsveranstaltungen für Schulen und Behörden an. Auch die niedrigschwellig und anonym ansetzende Online-Beratung spielt in diesem Bereich eine wichtige Rolle und soll bedarfsgerecht fortgesetzt werden.

Zur effektiven Bekämpfung von Zwangsverheiratung muss im Sinne des Opferschutzes eine ausreichende Anzahl von Notaufnahmepätzen bereitgehalten werden. In diesem Kontext ist der landesweite Bedarf an spezifischen Notaufnahmepätzen zu ermitteln, die im Anschluss in Kooperation mit einem geeigneten Träger eingerichtet werden sollen.

Die Verstärkung von Austausch- und Vernetzungsmöglichkeiten im Bereich der Bekämpfung von Zwangsverheiratung soll durch die regelmäßige Einberufung des Landesforums gegen Zwangsverheiratung sowie durch einen regelmäßig stattfindenden Fachtag zu aktuellen Themen im Bereich der Bekämpfung von Zwangsverheiratung nachhaltig gestärkt werden.

Die nachfolgende Karte liefert einen Überblick über die von der Landesregierung zwischen 2011 und 2016 auf den Weg gebrachten Maßnahmen zur Bekämpfung von Zwangsverheiratung:

Bilanz im Bereich Bekämpfung und Sensibilisierung gegen Zwangsverheiratung und Gewalt im Namen der sog. „Ehre“.



Kartengrundlage: Wikipedia. Darstellung: IntM 2016

5. Frauen- und Kinderschutzhäuser

Die 41 Frauen- und Kinderschutzhäuser freier und kommunaler Träger im Land sind ein notwendiger und wesentlicher Bestandteil des Hilfesystems. Sie bieten Frauen und deren Kindern Schutz vor häuslicher Gewalt in akuten Situationen, die durch einen Wohnungsverweis nicht abgewendet werden können, und unterstützen durch fachkundige Beratung und praktische Lebenshilfen die Betroffenen.

Die Förderung der Frauen- und Kinderschutzhäuser, erfolgt im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge überwiegend von den Gemeinden, Städten und/oder Landkreisen entweder einrichtungs- oder personenbezogen (Tagessatz).

Das Land fördert zusätzlich die Wahrnehmung von Aufgaben der Prävention und der Nachsorge. Diese auf Antrag gewährten Zuschüsse setzen sich aus einem Sockelbetrag pro Frauen- und Kinderschutzhäuser und einem variablen Anteil pro Platz (Platzwert) zusammen. Der Platzwert wird jährlich vom Ministerium für Soziales und Integration nach der Gesamtzahl der Plätze in allen antragstellenden Häusern festgesetzt. Daneben stehen für investive Zuschüsse jährlich 330.000 Euro Landesmittel zur Verfügung.

6. Aktionsplan für Akzeptanz & gleiche Rechte Baden-Württemberg

Der Aktionsplan „Für Akzeptanz & gleiche Rechte“ wurde am 16. Juni 2015 vom Kabinett verabschiedet. Der Aktionsplan umfasst politische Ziele zum Abbau von Diskriminierungen gegenüber lesbischen, schwulen, bisexuellen, transsexuellen, transgender, intersexuellen und queeren (LSBTIQ) Menschen sowie entsprechende Umsetzungsmaßnahmen, die alle Lebensbereiche betreffen. Die grün-schwarze Landesregierung hat sich im Koalitionsvertrag für die Fortführung des Aktionsplans ausgesprochen, indem die Prüfung und ggf. Weiterentwicklung der Maßnahmen angekündigt wurde. Ein Schwerpunkt des Aktionsplans wird weiterhin auf der Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Recht auf Gleichbehandlung und Nichtdiskriminierung liegen. Um den Dialog mit allen gesellschaftlich relevanten Gruppen sicherzustellen, wird ein Beirat die Umsetzung des Aktionsplans begleiten.

In den Haushaltsjahren 2015/16 waren für den Aktionsplan für Akzeptanz & gleiche Rechte Baden-Württemberg jeweils 500.000 Euro veranschlagt. Mit den Mitteln konnte eine Geschäftsstelle für das Netzwerk LSBTTIQ errichtet sowie der Aufbau einer bedarfsorientierten, psychosozialen Beratungsstruktur in Baden-Württemberg angestoßen werden. Zudem wurde ein Forschungsprojekt zur Verfolgung von homosexuellen Menschen zur Zeit des Nationalsozialismus sowie die Unterdrückung von LSBTTIQ-Menschen im 20. Jahrhundert im Südwesten von der Universität Stuttgart, Magnus Hirschfeld Stiftung und dem Institut für Zeitgeschichte München/ Berlin gefördert. Zahlreiche kleinere Projekte zum Abbau von bestehenden Diskriminierungen und zur Sichtbarkeit von LSBTTIQ-Menschen wurden zudem landesweit gefördert. Im Sommer 2017 soll der Landesregierung ein Bericht zur Umsetzung des Aktionsplans vorgelegt werden.

7. Kompetenzzentrum Arbeit • Diversität Baden-Württemberg

Das Kompetenzzentrum Arbeit • Diversität Baden-Württemberg wurde 2008 im Auftrag des Ministeriums für Soziales und Integration durch die FamilienForschung (FaFo) Baden-Württemberg eingerichtet. Das Kompetenzzentrum ist eine landesweite Informations-,

Beratungs- und Unterstützungsstelle für Arbeitgeber in Baden-Württemberg. Als zentrale Serviceagentur unterstützt das Kompetenzzentrum Verwaltungen, Betriebe und Institutionen bei der Verbreitung von familienfreundlichen Angeboten, indem bereits bestehende Initiativen und regionale Netzwerke gebündelt werden. Landesweit werden so Strukturen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Pflege sowie die Erhöhung der Diversität vorangebracht. Hierbei werden alle Diversitätsdimensionen im Sinne eines ganzheitlichen Diversity Managements gleichwertig berücksichtigt. Das Angebot des Kompetenzzentrums umfasst neben der konkreten Beratung und Prozessbegleitung, zahlreiche Qualifizierungen für Führungs- und Fachkräfte, Verfahren zur Mitarbeitendenbeteiligung auch die Förderung der regionalen und überregionalen Vernetzung. Durch die stärkere Ausrichtung auf den Bereich Diversität, werden künftig die Serviceleistungen des Kompetenzzentrums stärker ausdifferenziert.

XII. Zukunftsplan Gesundheit

1. Landesgesundheitsgesetz – Fortführung des Gesundheitsdialogs

Baden-Württemberg soll eine Vorreiterrolle in der Entwicklung gesundheitlicher Versorgungsstrukturen einnehmen, die auch Gesundheitsförderung und Prävention einbeziehen. Mit dem Zukunftsplan Gesundheit (Ministerratsbeschluss vom 23. Oktober 2012) wurde ein Dialogprozess zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens mit allen Beteiligten begonnen und ein Gesundheitsleitbild für Baden-Württemberg erarbeitet. Der Ministerrat hat am 15. Juli 2015 das Ministerium für Soziales und Integration mit der weiteren Umsetzung des Zukunftsplans Gesundheit einschließlich des Gesundheitsleitbildes Baden-Württemberg beauftragt. Alle wichtigen Informationen sind auf der Internetplattform zum Gesundheitsdialog (www.gesundheitsdialog-bw.de) verfügbar.

Mit dem am 30. Dezember 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg und zur Änderung anderer Gesetze (Landesgesundheitsgesetz) wurden neue und bewährte Dialog- und Arbeitsformen wie etwa die Gesundheitskonferenzen auf Landes- und Kreisebene und weitere Beratungsgremien des Ministeriums für Soziales und Integration gesetzlich geregelt.

Der Sektorenübergreifende Landesbeirat wurde in Sektorenübergreifender Landesausschuss umbenannt. Er ist ein beratendes Gremium, in dem die an der Gesundheitsversorgung maßgeblich beteiligten Akteure im Land auf oberster Ebene vertreten sind. Der Ausschuss hat insbesondere die Aufgabe, Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Weiterentwicklung der medizinischen Versorgungsstrukturen im Land auszusprechen.

Der Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention wurde neu eingerichtet, die konstituierende Sitzung fand am 21. April 2016 statt. Der Landesausschuss befasst sich mit landesweiten Strategien und Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention und erarbeitet entsprechende Empfehlungen. Er wird auch die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung zum Präventionsgesetz (§ 20f Absatz 1 Satz 1 SGB V) begleiten.

2. Umsetzung des Gesundheitsleitbildes Baden-Württemberg

Die Leitbildentwicklung erfolgte im Rahmen der ersten Landesgesundheitskonferenz 2013, an der neben den Akteuren des baden-württembergischen Gesundheitswesens auch Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten mitgewirkt hatten. Ziele der Weiterentwicklung sind dabei insbesondere eine stärkere Bürger- und Patientenorientierung, Vernetzung der Sektoren und der Akteure sowie eine stärkere Regionalisierung. Die Landesgesundheitskonferenz begleitet fortlaufend die Umsetzung des Gesundheitsleitbildes.

Das Ministerium für Soziales und Integration unterstützt die Umsetzung mit Förderaufrufen und Modellprojekten: Im Zeitraum von Dezember 2014 bis Mai 2016 wurden sechs Land- bzw. Stadtkreise gefördert, die exemplarisch einen Fachplan Gesundheit für den eigenen Kreis zu mindestens einem der Handlungsfelder des Gesundheitsleitbildes Baden-Württemberg erarbeiten und evaluieren. Die Ergebnisse werden Ende 2016 veröffentlicht.

Zur Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen, zuverlässigen, sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg wird seit Januar 2016 über einen

Zeitraum von zwei Jahren ein Modellprojekt zur Sektorenübergreifenden Versorgung durchgeführt. Das wissenschaftlich begleitete Projekt besteht aus zwei zusammenhängenden Teilprojekten und wird flankiert von Bürgerdialogen. Ziel des Modellprojektes ist es, durch den Aufbau einer Datenbank zur Sektorenübergreifenden Versorgung auf Landesebene und für die Stadt- und Landkreise sowie durch die Erarbeitung eines sektoren- und kreisübergreifenden Versorgungskonzeptes in der Modellregion Südwürttemberg (Reutlingen, Biberach, Ravensburg), Parameter für eine – langfristig – sektorenübergreifende Versorgungsplanung zu definieren. Aus dem Projekt gewonnene Erfahrungen und Parameter sollen anschließend auch anderen Regionen zur Weiterentwicklung ihrer Versorgungsstrukturen zur Verfügung stehen.

Des Weiteren wird ab 1. September 2016 ein Modellprojekt zur ambulanten Versorgung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg (Schwarzwald-Baar-Kreis, Tuttlingen, Rottweil) gefördert. Das Projekt zielt auf die Entwicklung eines Versorgungskonzeptes für lokal angepasste Gesundheitszentren oder andere Kooperationsmodelle gemeinsam mit den entscheidenden Akteuren der regionalen medizinischen Versorgung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg ab.

Das Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention ist ebenfalls im Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg als gleichberechtigtes Handlungsfeld neben der medizinischen Versorgung und der Pflege verankert. Die Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ soll in Zusammenarbeit mit den Kommunalen Gesundheitskonferenzen fortgeführt werden. Das „Handbuch zur Kommunalen Gesundheitsförderung“ wurde bereits 2015 weiterentwickelt. Mit einem Förderaufruf für 2017 soll es weiteren Städten und Gemeinden ermöglicht werden, gemeinsam mit der Bevölkerung, ein fundiertes und qualitätsgesichertes Gesamtkonzept für eine gesundheitsförderliche, generationenfreundliche und lebenswerte Kommune zu entwickeln.

3. Gesundheitsatlas

Die Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen (Gesundheitsberichterstattung) erhöht die Transparenz und ist eine Voraussetzung für die Entwicklung gesundheitsbezogener Kompetenzen. Grundlage für die Mitgestaltung des Gesundheitssystems im Rahmen von Gesundheitsdialogen sind ausreichende, leicht abrufbare Informationen und Daten zur Gesundheit. Denn gesunde wie kranke Menschen benötigen qualitätsgesicherte, verständliche und leicht zugängliche Informationen.

Diesem wichtigen Aspekt hat die Landesregierung mit einem eigenen Internetauftritt Rechnung getragen. Im Gesundheitsatlas Baden-Württemberg werden landesweite und regionale Gesundheitsinformationen als Grundlage von Bedarfsanalysen aufbereitet und öffentlich zugänglich gemacht. Die Daten zu gesundheitsrelevanten Themen wie beispielsweise medizinische Versorgung, Gesundheitszustand der Bevölkerung, Gesundheitsförderung und Prävention sind in Form von Tabellen, Karten und Berichten aufbereitet.

Begleitend zur Neuausrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist es weiterhin notwendig, die Gesundheitsberichterstattung, insbesondere den Gesundheitsatlas Baden-Württemberg (einschließlich der fachlichen Beratung für die Stadt- und Landkreise sowie die Städte und Gemeinden hierzu) weiterzuentwickeln. Aus diesem Grund erfolgt im Jahr 2016 die dritte Ausbaustufe des Gesundheitsatlas inklusive der Entwicklung eines Gesundheitsbarometers. Der Gesundheitsatlas soll zu einem vergleichenden Bewertungs-

system ausgebaut werden, um eventuelle regionale Unterschiede in den Stadt- und Landkreisen im Gesundheitsbereich transparent zu machen.

4. Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg – Gesundheit in allen Lebensbereichen

Die wachsenden Herausforderungen für die Gesundheit der Bevölkerung erfordern einen langfristigen strategischen Ansatz. Mit der „Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg – Gesundheit in allen Lebensbereichen“ wurde bereits eine gesundheitspolitische Gesamtpolitik skizziert, die es sich zum Ziel gesetzt hat, das Auftreten chronischer Krankheiten zu vermeiden und, wo dies nicht möglich ist, deren Auftreten in eine spätere Lebensphase zu verschieben. Dieser strategische Ansatz findet sich im Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg wieder. Ziel ist es, die Gesundheit der Menschen in allen Lebensphasen und Lebenswelten zu fördern. Die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten ist dabei eine Querschnittsaufgabe, an der alle Politikbereiche zu beteiligen sind und bei der es auch darum geht, die gesundheitliche Chancengleichheit, insbesondere von sozial benachteiligten Menschen, zu erhöhen.

Weitere Schwerpunkte der Strategie bilden die bessere Versorgung chronisch kranker Menschen und deren Befähigung zum besseren Umgang mit ihrer Erkrankung sowie die Stärkung der Patientenrechte und der Selbsthilfe. Für die langfristige Umsetzung dieses strategischen Ansatzes stellen die von einer Arbeitsgruppe erarbeiteten Gesundheitsziele für Baden-Württemberg wichtige Handlungsempfehlungen für die operative Ebene dar.

5. Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit und Zentrum für Bewegungsförderung am Landesgesundheitsamt – Struktur und Projekte in Prävention und Gesundheitsförderung

Die Umsetzung des Gesundheitsleitbildes Baden-Württemberg erfordert in der Praxis eine bedarfsgerechte, zielorientierte Planung, eine flächendeckende Verbreitung sowie die Qualitätssicherung von gesundheitsfördernden Maßnahmen. Die Entwicklung und modellhafte Erprobung fachlicher Konzepte und Strategien, die Beratung, Fortbildung und Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der weiteren Akteure auf Landes-, regionaler und kommunaler Ebene erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Landesgesundheitsamt.

Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit, ein Drittmittelprojekt unter Beteiligung der Krankenkassen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit Laufzeit bis Dezember 2016, ist Partner des bundesweiten Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Zielsetzung der Koordinierungsstelle in Baden-Württemberg ist die Verbesserung gesundheitlicher und sozialer Teilhabe älterer Menschen unabhängig von sozialer Lage, Herkunft, Bildung, Alter und Geschlecht. Aufgaben sind insbesondere die Identifizierung und Verbreitung guter Praxis zur Gesundheitsförderung, die interdisziplinäre und intersektorale Vernetzung zusammen mit Erfahrungsaustausch und Wissenstransfer auf landes- und kommunaler Ebene. Ab 2017 soll die Finanzierung aus Mitteln nach dem Präventionsgesetz über die BZgA abgedeckt werden.

Das Zentrum für Bewegungsförderung Baden-Württemberg (anteilige Landesförderung) ist die landesweite Anlaufstelle zum Thema Bewegungsförderung mit älteren Menschen. Aufgaben sind Verstärkung des aufgebauten landesweiten Netzwerks, Weiterführung eines

landesweiten Informationsdienstes gemeinsam mit der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit, Erstellung von Handlungshilfen zur Förderung der Alltagsbewegung für Städte und Gemeinden und Weiterentwicklung von kommunalen Ansätzen zur Bewegungs- und Teilhabeförderung unter besonderer Berücksichtigung soziallagen- und migrationssensibler Aspekte und der Bedeutung von Stadtplanung für Bewegungsförderung. Eine Fortführung der Aufgaben ist vorgesehen.

XIII. Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung

1. Maßnahmen zur Versorgung krebskranker Menschen

Baden-Württemberg verfügt mit insgesamt fünf Tumorzentren und vierzehn Onkologischen Schwerpunkten über ein leistungsfähiges und für alle Menschen gut zugängliches, flächendeckendes onkologisches Versorgungssystem. Für alle krebskranken Menschen besteht in allen Landesteilen eine adäquate Versorgung auf hohem Niveau. Für das Ministerium für Soziales und Integration zählen die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen, die Qualitätssicherung, die Primärprävention sowie die psychosoziale Versorgung krebskranker Menschen zu den gesundheitspolitischen Schwerpunkten seiner Arbeit.

Tumorzentren und Onkologische Schwerpunkte (OSP)

Zur Qualitätssicherung wurde das seit dem Jahr 2000 bestehende Zertifizierungsverfahren für Tumorzentren und Onkologische Schwerpunkte weiterentwickelt und verbessert. Im Laufe der nächsten Jahre werden bei den Onkologischen Schwerpunkten und Zentren Rezertifizierungsverfahren anhand dieser neuen Zertifizierungskriterien durchgeführt. Dadurch kann auch künftig eine hohe Qualität gesichert werden.

Selbsthilfegruppen nach Krebs

Eine unverzichtbare Ergänzung der professionellen Hilfsdienste auf dem Gebiet der Nachsorge der Krebspatientinnen und -patienten stellen die nahezu 225 Erwachsenen-Selbsthilfegruppen nach Krebs und acht Förderkreise krebskranker Kinder dar. Das Ministerium für Soziales und Integration unterstützt die Arbeit der Erwachsenen-Selbsthilfegruppen und der Förderkreise krebskranker Kinder finanziell mit jährlich insgesamt 103.800 Euro. Weiter werden für die vom Krebsverband Baden-Württemberg auf dem Gebiet der Prävention und Nachsorge geleistete Arbeit insgesamt jährlich 31.200 Euro bereitgestellt.

Ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen

Ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen haben als niederschwellige Anlaufstellen für Patientinnen und Patienten und Angehörige eine hohe Bedeutung. Es werden auf den jeweiligen Bedarf ausgerichtete psychosoziale Hilfen für im Zusammenhang mit der Krebserkrankung aufgetretene Probleme angeboten. Zur Sicherstellung und Etablierung eines flächendeckenden Netzes von qualitätsgesicherten ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen mit dem Ziel der anschließenden Übernahme in die Regelfinanzierung durch die Krankenkassen und Sozialversicherungsträger werden vom Ministerium für Soziales und Integration als Anschubfinanzierung 2015 und 2016 jeweils 600.000 Euro bereitgestellt.

Landeskrebsregister

Das am 7. März 2006 in Kraft getretene Gesetz über die Krebsregistrierung in Baden-Württemberg (LKrebsRG) verknüpfte erstmalig in Deutschland klinische und epidemiologische Krebsregistrierung. Das Epidemiologische Krebsregister erfasst die in der Bevölkerung Baden-Württembergs auftretenden Krebserkrankungsfälle, die Klinische Landesregisterstelle trägt Daten zu in Baden-Württemberg durchgeführten Therapien von Krebserkrankungen und deren Verlauf zusammen. Die gesammelten Daten sollen die Krebsursachenforschung unterstützen sowie Aussagen über den Erfolg von Krebsbehandlungen als Grundlage einer Qualitätssicherung in der Onkologie ermöglichen. Um die Entwicklung des Krebsgeschehens in der Bevölkerung kontinuierlich zu beobachten und Qualitätsverbesserungen in der Krebsbehandlung zu erreichen, ist eine möglichst vollzählige

Erfassung aller Krebserkrankungen erforderlich. Durch das am 9. April 2013 in Kraft getretene Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) des Bundes werden alle Länder verpflichtet, Klinische Krebsregister einzurichten. Die Krankenkassen fördern künftig den Betrieb Klinischer Krebsregister (in Baden-Württemberg Vertrauensstelle und Klinische Landesregisterstelle) durch Gewährung einer fallbezogenen Krebsregisterpauschale und der für Meldevergütungen entstehenden Kosten; die Länder haben einen Eigenanteil von zehn Prozent zu tragen. Das Ministerium für Soziales und Integration hat die Investitionskosten für den Ausbau und die Anpassung des Klinischen Krebsregisters an die Vorgaben des KFRG sowie die Kosten des Epidemiologischen Krebsregisters zu tragen.

Unter Berücksichtigung und zur Umsetzung des KFRG wurde das LKrebsRG novelliert. Die Krebsregisterverordnung wird derzeit überarbeitet und das Krebsregister Baden-Württemberg an die Vorgaben des KFRG angepasst.

2. Schmerz- und Palliativversorgung

Hospizarbeit und Palliativversorgung

Das Hospizwesen und die palliative Versorgung haben sich vor dem Hintergrund eines gewandelten Umgangs mit Sterben und Tod in unserer Gesellschaft in den letzten Jahren sehr stark weiterentwickelt. Der Gedanke, dass medizinische Versorgung nicht nur das Heilen von Krankheiten, sondern auch das Begleiten beim Sterben umfasst, setzt sich immer stärker durch.

Die große Mehrzahl der schwer erkrankten (Palliativ-)Patientinnen und -patienten kann nach dem Konzept der AAPV (Allgemeine Ambulante Palliativversorgung) durch Hausärztinnen und Hausärzte sowie ambulante Pflegedienste in häuslicher Pflege betreut werden. Rund 10 Prozent der schwer Erkrankten, das heißt bis zu 10.000 Personen pro Jahr, bedürfen einer Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV). SAPV soll es Menschen ermöglichen, ihrem Wunsch entsprechend in ihrer häuslichen Umgebung, im Kreis ihrer Angehörigen sterben zu können. Ziel ist es, die Patientenversorgung weiter zu verbessern und insbesondere ein flächendeckendes Angebot an spezialisierter ambulanter Palliativversorgung vorzuhalten. Aktuell (Stand: Juni 2016) sind 33 Verträge zur SAPV für 9,22 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner in Baden-Württemberg abgeschlossen worden (entspricht einem Versorgungsgrad von 85,2 Prozent); weitere Verträge sollen hinzukommen. Zur speziellen Versorgung von Kindern und Jugendlichen haben zwischen Januar und April 2016 vier SAPPV-Teams (Spezialisierte Ambulante Pädiatrische Palliativversorgung) die Arbeit aufgenommen; ein weiteres Team plant den Start am 1. Juli 2016.

An der palliativen Versorgung wirken viele Akteure mit. Im ambulanten Bereich zum Beispiel rund 8.000 Hausärztinnen und -ärzte, 1.000 Pflegedienste mit über 25.000 Beschäftigten (AAPV), 20 Brückenpflegedienste an den OSP und den Tumorzentren für onkologische Patientinnen und Patienten sowie über 260 ambulante Hospizgruppen und -dienste. Im stationären Bereich außerdem 26 Krankenhäuser mit rund 212 Palliativbetten und speziellen Palliativstationen, 1.466 Pflegeheime mit rund 81.000 Beschäftigten und 26 stationäre Hospize mit 195 Betten. In Baden-Württemberg sind außerdem rund 6.000 Ehrenamtliche in der Hospizarbeit engagiert.

Diese Strukturen weiter zu verbessern und bedarfsgerecht auszubauen, zählt zu den vorrangigen gesundheitspolitischen Zielen. Dazu müssen im Rahmen von Palliativnetzwerken vor Ort in den kommenden Jahren die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden. Durch Gremien wie der Arbeitsgruppe Ambulante Hospizdienste und dem Landesbeirat

Palliativversorgung Baden-Württemberg wird ein Beitrag dazu geleistet, dass sich die an der palliativen Versorgung beteiligten Akteure landesweit vernetzen und dass ein interdisziplinärer Dialog stattfindet.

Zusammen mit dem Landesbeirat Palliativversorgung Baden-Württemberg hat das Ministerium für Soziales und Integration 2014 eine Hospiz- und Palliativversorgungskonzeption erarbeitet. In dieser Konzeption werden neben einer Ist-Analyse und einer Bedarfsbeschreibung die Ziele für eine Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung dargestellt und Handlungsempfehlungen formuliert. Über allem steht dabei der Grundsatz: ambulant vor stationär. Besondere Schwerpunkte bei der Umsetzung der Konzeption sind die Verbesserung der Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche durch eine bedarfsgerechte SAPPV (Spezialisierte Ambulante Pädiatrische Palliativversorgung) und die verstärkte Information der Betroffenen und ihrer Angehörigen über die vorhandenen Versorgungsmöglichkeiten im Bereich der gesamten Hospiz- und Palliativversorgung durch Aufbau eines Online-Informations-Portals.

Das Ministerium für Soziales und Integration fördert die überregionale ambulante Hospizarbeit jährlich mit 96.000 Euro (HPV BW: 46.000 Euro; vier kirchliche Wohlfahrtsverbände je 6.500 Euro; drei Servicepoints je 8.000 Euro).

Schmerzversorgung

Schmerzen sind eine häufige Begleitsymptomatik bei vielen Erkrankungen. Sie können auch nach therapeutischen Maßnahmen (z.B. operativen Eingriffen) oder vorangegangenen Verletzungen, aber auch ohne erkennbare Ursachen auftreten. Chronische Schmerzen werden aufgrund ihrer Entstehung, ihrer individuellen und gesundheits- sowie gesellschaftspolitischen Auswirkungen als eigenständiges Krankheitsbild angesehen. Das Verständnis für die komplexen ineinandergreifenden Mechanismen, die chronische Schmerzen als eine biopsychosozial bedingte Erkrankung klassifizieren, ist dabei essentiell. Angesichts der Komplexität dieser Erkrankung ist ein interprofessionelles Management für Diagnostik und Therapie unabdingbar. Ziel ist es deshalb, die Qualität der Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten auf allen Ebenen systematisch, im Sinne einer integrierten sektorenübergreifenden Versorgung zu verbessern. Von den schätzungsweise rund eine Million chronischen Schmerzpatientinnen und -patienten in Baden-Württemberg bedürfen rund zehn Prozent einer speziellen Schmerztherapie mit der Möglichkeit einer stationären oder teilstationären Behandlung.

Dazu sind bislang vier überregionale und siebzehn regionale Schmerzzentren im Landeskrankenhausplan Baden-Württemberg ausgewiesen worden. Durch den Landesbeirat Schmerzversorgung Baden-Württemberg ist auch im Bereich der Schmerzbekämpfung gewährleistet, dass sich alle an der Schmerzversorgung beteiligten Akteure landesweit vernetzen und dass ein interdisziplinärer Dialog stattfindet.

Zur Qualitätssicherung wurde ein Zertifizierungsverfahren für regionale und überregionale Schmerzzentren entwickelt. Bei den Zertifizierungsverfahren wird von einer Begutachtungskommission des Landesbeirats Schmerzversorgung im Rahmen von Begehungen geprüft, ob die Zertifizierungskriterien für die Ausweisung eines Schmerzzentrums erfüllt werden. Dadurch kann auch künftig eine hohe Qualität in den Schmerzzentren gesichert werden.

Baden-Württemberg verfügt bereits über ein leistungsfähiges und gut zugängliches, jedoch nicht ausreichend flächendeckendes Versorgungssystem zur Behandlung von chronischen

Schmerzen. Um die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen kontinuierlich und bedarfsgerecht weiter zu entwickeln und zu verbessern, hatte das Ministerium für Soziales und Integration eine Schmerzversorgungskonzeption erarbeitet. Derzeit arbeitet der Landesbeirat Schmerzversorgung Baden-Württemberg an der Fortschreibung der Konzeption, die zum Ende des Jahres 2016 fertiggestellt werden soll. Bereits im Herbst 2012 hat das Ministerium für Soziales und Integration außerdem einen Patientenratgeber zum Thema Schmerz veröffentlicht, der aufzeigt, worauf es bei guter Qualität bei der Behandlung und Versorgung von Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten in Baden-Württemberg ankommt.

3. HIV und STI (Sexually Transmitted Infections bzw. sexuell übertragbare Infektionen)

Die HIV- und STI-Prävention wie auch die Begleitung von Menschen mit HIV/Aids sind gesundheitspolitisch wichtige Aufgaben. Das Ministerium für Soziales und Integration arbeitet dabei eng mit der auf Landesebene eingerichteten Arbeitsgruppe Aids/STI-Prävention zusammen, in der die verschiedenen, mit diesem Themenbereich befassten Institutionen vertreten sind.

Die Präventionsarbeit bietet adäquate Antworten auf Tendenzen zu riskantem Verhalten. Das Angebot richtet sich an die Allgemeinbevölkerung, besonders betroffene Gruppen wie bspw. Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Menschen mit Migrationshintergrund aus Ländern mit besonders starker HIV-Prävalenz, Drogengebraucherinnen und -gebraucher und weibliche und männliche Prostituierte. Trotz der vielfältigen Aufklärungsangebote gibt es eine zunehmende Zahl von Betroffenen, die nichts von ihrer HIV-Infektion wissen. Dadurch ist das Risiko sich zu infizieren, in den letzten Jahren gestiegen. Umso wichtiger ist es, Menschen verstärkt zu motivieren, sich nach Risikokontakten risikobezogen auf HIV und STI testen zu lassen.

In den Jahren 2016/2017 soll das nahezu von allen Aids-Hilfe-Vereinen im Land inzwischen umgesetzte, zielgruppenspezifische Projekt zur HIV- und STI-Prävention bei homosexuellen männlichen Jugendlichen und Männern „Gentle Man“, fortgeführt werden.

Die Aids-Hilfe-Vereine engagieren sich verstärkt in der HIV-/STI-Prävention bei neu zuziehenden Menschen im Asylbewerber-/Flüchtlingsstatus und in der Begleitung von mit HIV infizierten Menschen aus diesem Personenkreis. Die Anforderungen in diesem Bereich sind sehr groß, zum Beispiel aufgrund mangelnder Kenntnis der deutschen Sprache, Alphabetismus oder der Ängste vor Stigmatisierung.

4. Einschulungsuntersuchung (ESU)

Für die Einschulungsuntersuchung gibt es ein landesweit einheitliches Verfahren. Die erhobenen Daten können ausgewertet und in anonymisierter Form veröffentlicht werden. Neben sozialmedizinischen Aussagen zu jedem einzelnen Kind ermöglicht die ESU einen Überblick über alterstypische Aspekte des Gesundheitszustands der vier- und fünfjährigen Kinder in Baden-Württemberg, bietet eine wichtige Datengrundlage für die Gesundheitsberichterstattung und ist somit auch ein Planungs- und Steuerungsinstrument für die Gesundheitspolitik.

Im November 2015 wurde das Universitätsklinikum Ulm mit der Evaluation der seit dem Jahr 2008 neu konzipierten Einschulungsuntersuchung beauftragt. Der Evaluationszeitraum erstreckt sich vom 1. Dezember 2015 bis zum 30. Mai 2017. In dieser Zeit sollen der Einschulungsuntersuchungssachstand sowie Zukunftsperspektiven erhoben werden. Ziel ist es, die eingesetzten Methoden sowie den Umfang des Datensatzes zu bewerten und die Qualität der ESU weiterzuentwickeln.

5. Jugendzahnpflege

Die Jugendzahnpflege dient der Förderung der Zahngesundheit vor allem bei Kindern und Jugendlichen durch Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen. Die Maßnahmen der Jugendzahnpflege können unterteilt werden in zahnärztliche Untersuchungen zur Erhebung des Zahnstatus, Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Verordnung zur Durchführung der Jugendzahnpflege und die Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Soziales und Integration zur Durchführung der Jugendzahnpflege (VwV Jugendzahnpflege) wurden 2011 überarbeitet. Besonderes Augenmerk gilt Gruppen mit erhöhtem Kariesrisiko. Die VwV Jugendzahnpflege wurde mit der Einschulungsuntersuchungs-VwV zusammengefasst, die VwV Einschulungsuntersuchung und Jugendzahnpflege trat zum 1. Januar 2012 in Kraft und soll im Jahr 2016 überarbeitet werden.

Mit der regelmäßigen bundesweiten Dokumentation der Zahngesundheit im Rahmen repräsentativer Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe bei 6-, 9-, 12- und 15-jährigen Kindern wird die Wirksamkeit der Maßnahmen der Jugendzahnpflege überprüft. Die repräsentative epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. findet erneut vom Herbst 2015 bis Sommer 2016 statt.

6. Selbsthilfegruppen chronisch kranker Menschen

Die Vielfalt der heute bestehenden Selbsthilfegruppen belegt, dass die Selbsthilfebewegung in ihrer unterschiedlichen Ausformung inzwischen sämtliche Bereiche der Familien-, Gesellschafts-, Gesundheits- und Sozialpolitik umfasst.

Die Erfahrungen und die Kompetenz der Betroffenen in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe sind ein unverzichtbarer Beitrag für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung. Die Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen und deren Landesverbände stellen ein wesentliches Bindeglied zwischen den betroffenen Menschen, den politisch Verantwortlichen, Behörden, Leistungserbringern und wissenschaftlichen Einrichtungen dar.

Die Erfahrungen mit der Arbeit der Selbsthilfegruppen zeigen, dass zur Verwirklichung ihrer Zielsetzungen eine gezielte staatliche Förderung notwendig ist. Das Land Baden-Württemberg unterstützt deshalb die Arbeit der Selbsthilfegruppen chronisch Kranker im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe und zur Stärkung des ehrenamtlichen Engagements ihrer Mitglieder ergänzend zur Förderung durch die GKV.

Die Förderung der Selbsthilfegruppen chronisch kranker Menschen soll auch in den nächsten Jahren fortgesetzt werden. Im Haushaltsjahr 2015 erfüllten 20 Selbsthilfegruppen chronisch kranker Menschen bzw. deren Landesverbände die Voraussetzungen für eine Förderung.

XIV. Gesundheitsschutz

1. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Um den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) den zukünftigen Herausforderungen anzupassen ist eine Ausrichtung des ÖGD auf bevölkerungsmedizinische Kernbereiche notwendig. Kern- und Pflichtaufgaben des ÖGD, wie Gesundheitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung sowie Gesundheitsberichterstattung müssen gestärkt werden. Innerhalb dieser Aufgabenfelder soll beispielsweise der gesundheitsförderlichen Ausgestaltung der Lebenswelten der Menschen eine wichtige Rolle zukommen.

Im Bereich des Gesundheitsschutzes sind der Infektionsschutz und der umweltbezogene Gesundheitsschutz und bei der Gesundheitsberichterstattung die Berichterstattung über die Entwicklung der gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung zentrale Aufgabenfelder des ÖGD.

Im Rahmen eines umfassenden Gesetzesvorhabens wurden deshalb das Gesundheitsdienstgesetz sowie weitere landesrechtliche Normen novelliert. Das Aufgabenspektrum der Gesundheitsämter wird im Rahmen der Umsetzung fortentwickelt und den aktuellen Anforderungen an ein modernes Gesundheitsamt angepasst. Die amtsärztlichen Untersuchungen wurden neu geregelt und die bevölkerungsmedizinischen Schwerpunktbereiche konkretisiert. Von besonderer Bedeutung ist dabei vor allem die Stärkung der Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention sowie Gesundheitsplanung und Gesundheitsberichterstattung. Dies beinhaltet neben angemessener Personalausstattung auch die Weiterentwicklung der Fort- und Weiterbildungsangebote beim Landesgesundheitsamt sowie der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie und eine stärkere Verzahnung mit der Mediziner- und Pflegeausbildung.

1.1 Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA)

Das LGA beim Regierungspräsidium Stuttgart ist als fachlich-wissenschaftliche Gesundheitseinrichtung an der Schnittstelle zwischen den Gesundheitsämtern, der Gesundheitspolitik und der Wissenschaft angesiedelt. Als fachliche Leitstelle für den ÖGD und für das Ministerium für Soziales und Integration leistet es wissenschaftliche, konzeptionelle und beratende Unterstützung. Es sammelt wissenschaftliche Erkenntnisse und wertet Untersuchungs- und Forschungsprogramme aus, führt fachbezogene Untersuchungen und Forschungsprojekte durch, entwickelt fachliche Konzepte und Strategien und bietet Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen an.

Als künftige Aufgabenschwerpunkte sollen auch beim LGA neben dem Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz vor allem die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention sowie Gesundheitsberichterstattung neu ausgerichtet und gestärkt werden.

2. Gesundheitsschutz

2.1. Umweltbezogener Gesundheitsschutz

Ziel des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes ist es, die Bevölkerung effektiv vor negativen gesundheitlichen Auswirkungen von Umwelteinflüssen zu schützen. Dazu werden die Einwirkungen aus der Umwelt, wie zum Beispiel Luftschadstoffe (Feinstaub), andere Schadstoffe, Lärm, Strahlung usw. auf die menschliche Gesundheit beobachtet und bewertet, um Risiken frühzeitig zu erkennen sowie Strategien und konkrete Möglichkeiten zu ihrer Verhütung und Minimierung zu entwickeln. Daten über die interne Belastung der Menschen mit Umweltschadstoffen sowie zu gesundheitlichen Wirkungen werden in Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen erhoben. Aktuelle Schwerpunkte sind Untersuchungen der Luftqualität von Innenräumen im Rahmen des WHO Collaborating Center beim Landesgesundheitsamt.

Ein weiterer Aufgabenschwerpunkt besteht in Untersuchungen in Zusammenhang mit dem Klimawandel, beispielsweise zur Häufigkeit von Sensibilisierungen sowie in der Bekämpfung von Pflanzenarten mit allergenem Potential, wie z.B. *Ambrosia artemisiifolia* (Traubenkraut).

Der Gesundheitsschutz, aber auch die Eigenverantwortung insbesondere von Kindern und Jugendlichen im Bereich Lärm soll gestärkt werden. Es werden Aufklärungsmaßnahmen zum Thema Freizeitlärm, die insbesondere die Zielgruppe Jugendliche ansprechen sollen, gefördert und unterstützt sowie die Fortführung freiwilliger Maßnahmen von Anbietern angeregt.

Novellierung der Badegewässerverordnung Baden-Württemberg, Badegewässerkarte Baden-Württemberg

In Baden-Württemberg gilt seit 2008 eine neue Badegewässerverordnung. Die zu untersuchenden mikrobiologischen Parameter, die Erstellung sogenannter Badegewässerprofile sowie die Vorgaben der EU zur Bürgerbeteiligung werden zeitnah umgesetzt.

Das Ministerium für Soziales und Integration erstellt den jährlichen Bericht über die Qualität der Badegewässer im Land und gibt vor dem Beginn der Badesaison eine Badegewässerkarte für Baden-Württemberg heraus. Die Wasserqualität fast aller überwachten Seen, Weiher und sonstiger natürlicher Gewässer in Baden-Württemberg war auch im vergangenen Jahr hervorragend. Aktuelle Hinweise zur Wasserqualität können während der Badesaison, die in Baden-Württemberg üblicherweise vom 1. Juni bis zum 15. September dauert, auch beim Aufruf der im Internet eingestellten Badegewässerkarte auf der Homepage des Ministeriums für Soziales und Integration (www.sozialministerium-bw.de) eingesehen werden.

2.2 Infektionsschutz

Maserneliminierung und Verbesserung der Impfquoten:

Das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Eliminierung von Masern vorgegebene Impfziel von 95 Prozent für die zweite Masernimpfung wird in Baden-Württemberg noch nicht erreicht. Deshalb stellen Maßnahmen zur Steigerung der Impfraten, insbesondere gegen Masern, weiterhin eine Schwerpunktaufgabe im Bereich des Gesundheitsschutzes dar.

Mit der Aktion "Mach den Impfcheck", die gemeinsam vom Ministerium für Soziales und Integration und der AOK Baden-Württemberg finanziert wird, werden Schülerinnen und Schüler der sechsten bis achten Klassenstufe über verschiedene Wege angesprochen, ihren Impfstatus zu überprüfen und zu vervollständigen. Zusätzlich ist die Einrichtung einer Arbeitsgemeinschaft Impfen Baden-Württemberg geplant. Sie soll eine Impfstrategie Baden-Württemberg entwickeln, die die Umsetzung der im Nationalen Impfplan vereinbarten Impfziele konkretisiert.

Verhinderung der Ausbreitung der Asiatischen Tigermücke als Vektor übertragbarer Krankheiten:

Der Klimawandel ermöglicht es der in Baden-Württemberg nicht heimischen Asiatischen Tigermücke in klimatisch begünstigten Regionen wie dem Oberrheingebiet zu überwintern und sich zu vermehren. Da diese Art zugleich Vektor zahlreicher Krankheitserreger wie des Chikungunya-Virus, des Dengue-Virus und möglicherweise auch des Zika-Virus ist, wird der dauerhaften Etablierung und weiteren Verbreitung des Vektors daher durch die Förderung und Koordinierung von Monitoring-, Aufklärungs- und wirksamen Bekämpfungsmaßnahmen entgegengewirkt.

Gesundheitsuntersuchungen bei Asylbewerberinnen und Asylbewerbern gem. § 62 Asylgesetz (AsylG) i. V. m. § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG):

Eine wesentliche Aufgabe des Infektionsschutzes im Bereich der Flüchtlingspolitik ist die Sicherstellung der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG in Verbindung mit § 36 IfSG. Demnach haben Asylbewerberinnen bzw. Asylbewerber und Flüchtlinge, die in Erstaufnahmeeinrichtungen aufgenommen werden, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten (Inaugenscheinnahme) sowie eine Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zum Ausschluss einer Tuberkuloseerkrankung zu dulden.

Die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung obliegt den Gesundheitsämtern an den Standorten der Landeserstaufnahmeeinrichtungen (LEA) bzw. der Bedarfsorientierten Erstaufnahmeeinrichtungen (BEA).

Das für die Untersuchungen notwendige ärztliche Personal im höheren Dienst ist vom Ministerium für Soziales und Integration zu stellen. Hierfür wurden befristete Planstellen geschaffen. Sofern der Bedarf an dringend benötigtem ärztlichem Personal nicht zeitnah durch Besetzung von Planstellen gedeckt werden kann, ist kurzfristig die Beschäftigung von Honorarkräften erforderlich.

Die Hilfskräfte (mittlerer/gehobener Dienst) sowie die Sachmittel für die Gesundheitsuntersuchungen einschließlich der Röntgenuntersuchungen sind nach § 52 Landkreisordnung vom Kreis bereitzustellen. Die entsprechenden Aufwendungen erstattet das Land dem Kreis gemäß Ministerratsbeschluss vom 21. April 2015 abweichend von den gesetzlichen Kostentragungsregelungen über eine Pauschale pro untersuchter Asylbewerberin bzw. Asylbewerber. Im Jahr 2017 sind hierfür rd. 4.680.000 Euro veranschlagt.

Im Berichtszeitraum vom 1. September 2015 bis zum 30. Juni 2016 wurden insgesamt rund 93.700 Gesundheitsuntersuchungen durchgeführt. Aufgrund der hohen Unsicherheit bei der Entwicklung der Flüchtlingszahlen ist schwer abschätzbar, in welchem Umfang Gesundheitsuntersuchungen im kommenden Berichtszeitraum anfallen werden.

2.3. Arzneimittel- und Medizinprodukteüberwachung

Die Überwachung des Verkehrs mit Arzneimitteln und Medizinprodukten dient dem Gesundheitsschutz und soll die ordnungsgemäße Versorgung der Bevölkerung sicherstellen. Überprüft werden insbesondere Arzneimittel- und Medizinproduktehersteller, Großhandelsbetriebe und Apotheken. Zudem werden Betriebe und Einrichtungen, die Arzneimittel klinisch prüfen, und die Heilmittelwerbung sowie Einrichtungen, die Medizinprodukte betreiben bzw. anwenden, kontrolliert.

Arzneimittelüberwachung

Baden-Württemberg ist einer der größten Pharmastandorte in Deutschland. Die exportorientierten Unternehmen sind auf eine funktionierende Arzneimittelüberwachung, deren Gleichwertigkeit mit internationalen Standards regelmäßig belegt werden muss, angewiesen.

Das Regierungspräsidium Tübingen überwacht landesweit die pharmazeutischen Unternehmen und Hersteller sowie die Hersteller von definierten, besonders risikoträchtigen Arzneimittelwirk- und -ausgangsstoffen in Hinblick auf die Einhaltung der einschlägigen nationalen und internationalen Regelungen. Dies umfasst die Überprüfung von Produktionsstätten in EU- und Drittstaaten im Zusammenhang mit europaweit zugelassenen Arzneimitteln und mit der Erteilung von Einfuhrerlaubnissen. Für die Erteilung von Erlaubnissen, die Durchführung von Inspektionen sowie die Ausstellung von Exportzertifikaten werden Gebühren erhoben. Weitere pharmazeutische Überwachungsaufgaben werden dezentral von den Regierungspräsidien wahrgenommen. Hierzu zählen die Überwachung von Apotheken, klinischen Prüfungen und des pharmazeutischen Großhandels. In den vergangenen Jahren wurde im Zuge nationaler und europäischer Rechtsänderungen eine stetig intensiviertere Aufgabenwahrnehmung erforderlich, zudem stieg der Anteil an zeitaufwändigen internationalen Überwachungsaufgaben kontinuierlich an, zum einen durch die zunehmende Zahl europaweiter Arzneimittelzulassungen und die Produktionsverlagerung in Drittstaaten, zum anderen durch die steigende Zahl an Arzneimittelfälschungen, die verstärkte Nachprüfungen in der Handelskette erforderlich machen. Für eine konsequente und verlässliche Überwachung des Arzneimittelverkehrs ist eine angemessene Personalausstattung notwendig.

Medizinprodukte

Baden-Württemberg ist sowohl innerhalb Deutschlands als auch weltweit einer der bedeutendsten Standorte der Medizinprodukteindustrie.

Das Thema Medizinprodukte steht seit einiger Zeit in besonderem Interesse der Öffentlichkeit. So riefen z.B. der Skandal um Brustimplantate einer französischen Firma und das damit verbundene Gesundheitsrisiko für Patientinnen, Probleme im Zusammenhang mit künstlichen Hüftimplantaten sowie bei der hygienischen Aufbereitung von Operationsbesteck in Kliniken ein großes Medienecho hervor und erhöhten den öffentlichen Druck in Richtung einer Intensivierung der Überwachung im Bereich der Medizinprodukte.

Mit der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des Medizinproduktegesetzes (Medizinprodukte-Durchführungsvorschrift – MPGvVwV) existieren mittlerweile konkrete Vorgaben, die eine einheitliche qualitätsgesicherte Überwachung sicherstellen sollen. Durch Beschluss des Ministerrats vom 9. Juli 2013 über das Gesamtkonzept zur Aufgabenwahrnehmung in der Marktüberwachung und zum Vollzug der allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des Medizinproduktegesetzes wurden diese Vorgaben in Baden-Württemberg umgesetzt.

Die behördliche Routineüberwachung der Hersteller, Händler und Betreiber in Bezug auf die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben und Beachtung einschlägiger Normen ist unabdingbare Voraussetzung im Hinblick auf die Qualität und Sicherheit der Medizinprodukte; diese Überwachung umfasst auch die anlassbezogene oder routinemäßige Probenahme und Testung von Medizinprodukten. Zur Erfüllung dieser Aufgaben wurde die Medizinprodukteüberwachung in den letzten Jahren in Baden-Württemberg personell deutlich verstärkt. Durch Möglichkeiten zu kontinuierlicher Fortbildung sollen sich die mit der Überwachung betrauten Personen auf dem neuesten Stand von Wissenschaft und Technik halten können. Sowohl für die Beprobung und Testung von Medizinprodukten als auch für die Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen in angemessenem Umfang Sachmittel bereitgestellt werden.

XV. Qualitätssicherung

1. Qualitätssicherung und Bürger- und Patientenorientierung

Im Rahmen der Gesundheitspolitik für Baden-Württemberg soll künftig verstärkt darauf hingewirkt werden, das Gesundheitswesen in allen Handlungsfeldern bürger- und patientenorientierter zu gestalten.

Bisher liegen die Systemverantwortung sowie die Verantwortung für das Erreichen von Gesundheit bei den Kostenträgern und Leistungserbringern. Ziel muss es aber sein, die Mitgestaltungsmöglichkeiten der Bürgerinnen und Bürger im Hinblick auf Systemveränderungen zu untersuchen und zu unterstützen.

In einer 2014 eingerichteten Arbeitsgruppe Patienten unter der Federführung des Ministeriums für Soziales und Integration sollen daher die Erfahrungen und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie vor allem die daraus abgeleiteten Bedarfe unmittelbar herausgearbeitet und im Dialog von Patientinnen und Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern Maßnahmen für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung abgeleitet werden. Die Arbeit der AG Patienten wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

Qualitätssicherung umfasst auch die mit den Herstellern und den Anwendern abgestimmte Entwicklung neuer telematischer Lösungen, um vor allem im ländlichen Raum die Qualität der gesundheitlichen Versorgung in der Fläche zu erhalten. Dabei ist es insbesondere erforderlich, in Abstimmung mit der Bundesebene (GEMATIK) eine technische Infrastruktur zu entwickeln, die eine Kompatibilität der Mitwirkenden gerade auch sektorenübergreifend ermöglicht. In einem weiteren Schritt muss im Rahmen der Digitalisierungsoffensive eine telematische Gesamtstrategie für Baden-Württemberg entwickelt werden, die ebenfalls sektorenübergreifend abgestimmt werden muss.

2. Medizinische Ethik

Organtransplantation

Trotz des dringenden Bedarfs an Spenderorganen gibt es kein Recht auf fremde Organe, sie bleiben immer ein Geschenk von Spenderinnen und Spendern. Nach dem 2012 novellierten Transplantationsgesetz werden im Zuge der sog. Entscheidungslösung alle Bürgerinnen und Bürger von den Krankenkassen regelmäßig dazu aufgefordert, in Ruhe eine Entscheidung zur eigenen Spendenbereitschaft zu treffen, diese in einem Organspenderausweis zu dokumentieren und auch dafür zu sorgen, dass die Entscheidung zur Organspende nicht mit den Vorgaben einer Patientenverfügung kollidiert.

Die in der Gesetzesnovelle außerdem vorgeschriebene verbindliche Bestellung von Transplantationsbeauftragten ist in Baden-Württemberg in ca. 120 Spenderkrankenhäusern umgesetzt.

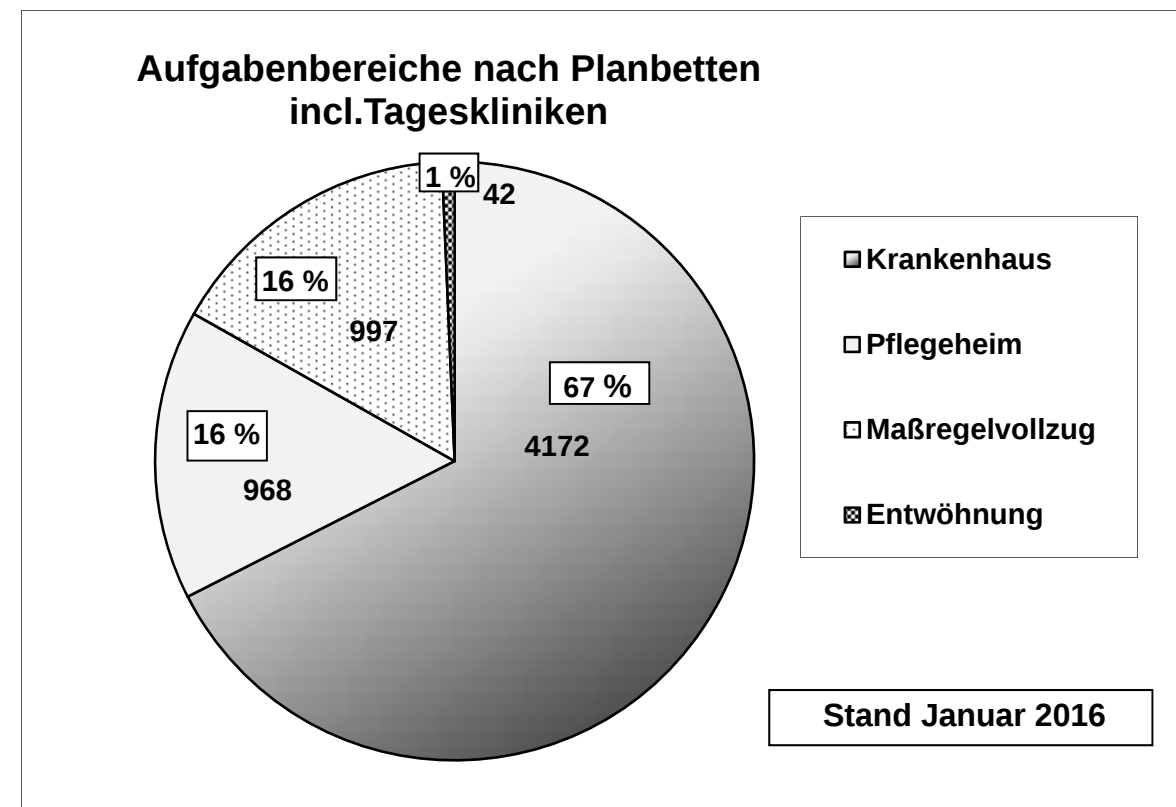
Unterstützt durch Landesmittel wurde ein 40-stündiges Curriculum zur Qualifizierung der baden-württembergischen Transplantationsbeauftragten durchgeführt. Das Curriculum, das in der Arbeitsgruppe Fortbildung des Aktionsbündnisses Organspende unter maßgeblicher Beteiligung der Landesärztekammer und der Deutschen Stiftung Organtransplantation, Region Baden-Württemberg erarbeitet wurde, stößt auf große Resonanz bei den Transplantationsbeauftragten und wurde von der Bundesärztekammer als Empfehlung für die anderen Länder übernommen.

Auf Grund der insgesamt zurückgegangenen Spendenbereitschaft ist es notwendig, die intensive Öffentlichkeitsarbeit über das Aktionsbündnis Organspende u.a. bei Messen, Landesgartenschauen, dem Tag der Organspende und anderen Veranstaltungen sowie in Schulen fortzuführen.

XVI. Psychiatrie

1. Zentren für Psychiatrie

Die sieben Zentren für Psychiatrie (ZfP) sind rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts. Sie werden durch eine allein vertretungsberechtigte Geschäftsführerin sowie zwei allein vertretungsberechtigte Geschäftsführer, die jeweils für zwei bzw. drei Zentren bzw. Krankenhausstandorte zuständig sind, sowie jeweils einen Aufsichtsrat geleitet. Es besteht ein gesetzlicher Auftrag zur fortlaufenden zentrumsübergreifenden Koordinierung in medizinischen und ökonomischen Bereichen, der eine gemeinsame und gruppenbezogene Namensführung einschließt.



Die Zentren konnten ihre Aufgaben (psychiatrisches und neurologisches Krankenhaus, Pflegeheim, Entwöhnungs- und Maßregelvollzugseinrichtung) trotz der vielfach durch Einsparauflagen gekennzeichneten gesundheits- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen erfüllen. Sie wurden in die Krankenhausversorgung im Fachgebiet „Psychotherapeutische Medizin“ einbezogen. Die Zentren haben zumindest ausgeglichene Jahresergebnisse erreicht. Dazu haben neben einer straffen, auf eine Leistungs- und Kostenrechnung gestützten und ergebnisorientierten Betriebsführung vielfältige Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit beigetragen.

Die Zentren treiben gemäß ihrer strategischen Planung die Verbesserung der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung voran. Weitere Satellitenstationen, das sind an Allgemeinkrankenhäuser ausgelagerte Stationen der Zentren für Psychiatrie, wurden eingerichtet. Die Anzahl der Tageskliniken hat sich weiter erhöht.

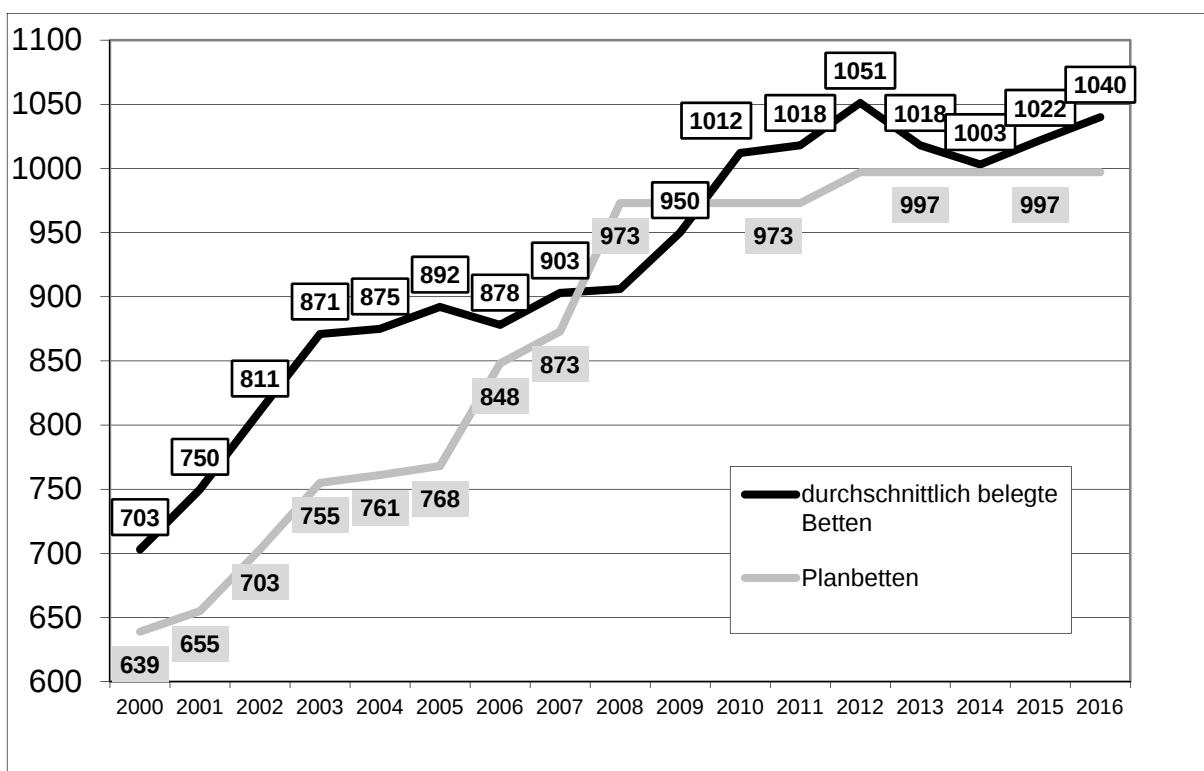
Die Zentren beteiligen sich am Aufbau Gemeindepsychiatrischer Zentren (GPZ) und psychiatrischer Leistungsverbünde. Der besseren Verzahnung von stationärer und ambulanter Krankenbehandlung dienen ambulante psychiatrische Pflegedienste, ambulante

Krankengymnastik sowie Ergotherapieangebote. Die Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V haben sich seit 2009 nahezu verdoppelt.

2. Maßregelvollzug

In Baden-Württemberg werden die freiheitsentziehenden Maßregeln nach § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) und § 64 StGB (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt) – im Gegensatz zu einigen anderen Bundesländern – dezentral an acht Standorten in cheffärztlich geleiteten Abteilungen mit unterschiedlicher Größe durchgeführt. Diese Forensischen Fachabteilungen sind an den Krankenhausbereich der Zentren für Psychiatrie angegliedert. Der Maßregelvollzug wird damit in Baden-Württemberg innerhalb des allgemeinen stationären psychiatrischen Versorgungssystems vollzogen.

Die Entwicklung der im Maßregelvollzug belegten Betten stellt sich im Jahresdurchschnitt für die Jahre von 2000 bis 2016 wie folgt dar:



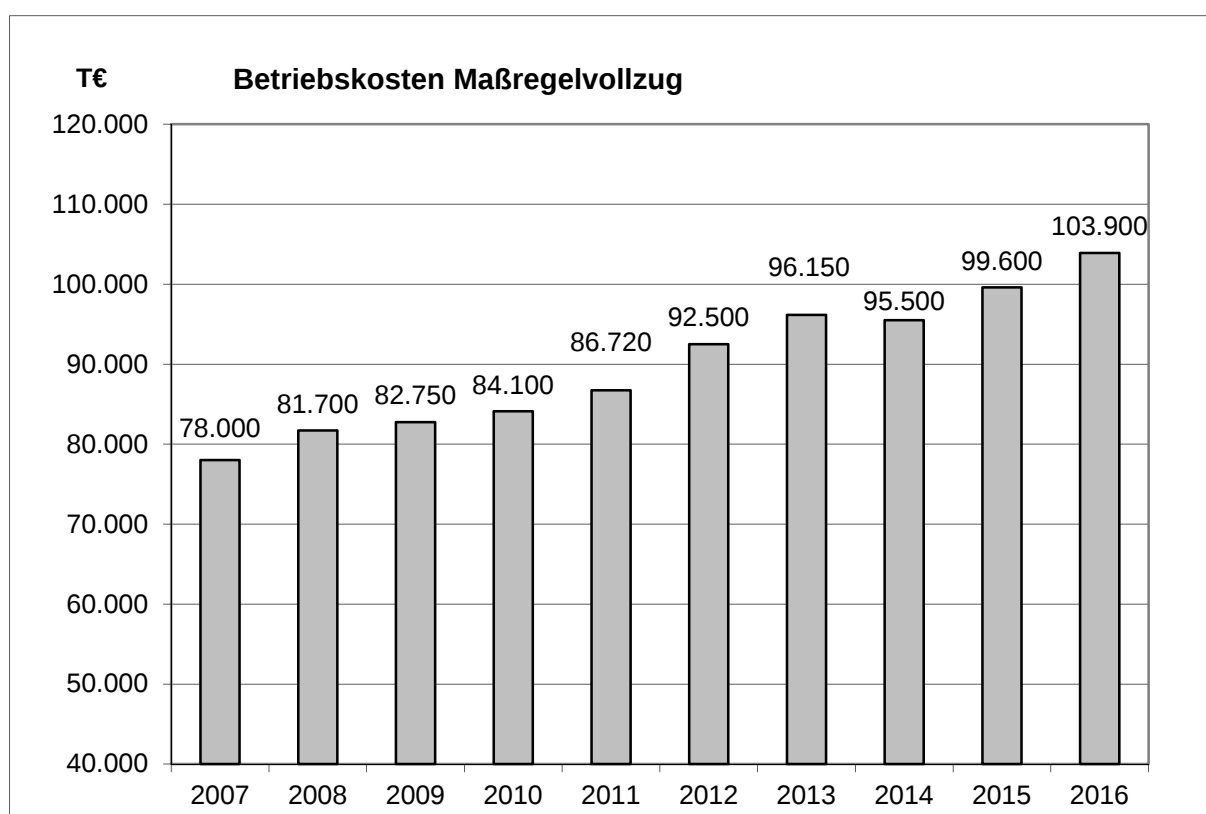
Durch das Ende 2002 beschlossene Ausbauprogramm konnten von 2003 bis 2012 die damals im Maßregelvollzug nach §§ 63, 64 StGB vorhandenen 755 Planbetten auf jetzt 997 gesteigert werden.

Die Betriebskosten für die Durchführung der freiheitsentziehenden Maßregeln sind in voller Höhe vom Land zu tragen. Die Aufwendungen des Landes haben sich in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht. Der Anstieg beruht insbesondere auf der allgemeinen Kostensteigerung und Anpassung der Personalausstattung an die höhere Belegung. Hinzu kommen verstärkte, kostenintensive Sicherheitsmaßnahmen um dem Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung Rechnung zu tragen.

Im Rahmen der seit 1996 vom Ministerium für Soziales und Integration mit den Zentren für Psychiatrie jährlich geführten Budgetverhandlungen Maßregelvollzug konnte die Zahl der

Stellen für therapeutisches Personal zwar absolut gesehen stets gesteigert werden, hielt aber oft mit der starken Zunahme der Patientenzahlen nicht mit. Um die Zahl der so genannten Fehlstellen – der Differenz zwischen den nach der Psychiatrie-Personalverordnung Maßregelvollzug für Ärzte, Psychologen, Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiter und Ergotherapeuten etc. notwendigen Stellen zu den tatsächlich vorhandenen Stellen – abzubauen, mussten verstärkte Anstrengungen durch Erhöhung der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel unternommen werden. Tarif- und Sachkostensteigerungen machen weitere Erhöhungen notwendig.

Die Betriebskosten, d.h. Personal- und Sachkosten entwickelten sich seit dem Jahr 2007 wie folgt:



Seit dem Jahr 2007 sind erweiterte gesetzliche Voraussetzungen für die Therapie und nachsorgende Betreuung von Patientinnen und Patienten aus dem Maßregelvollzug in der Führungsaufsicht vorgesehen. Damit soll die Gefahr erneuter Straftaten, vor allem im Bereich schwerer Sexual- und Gewaltdelinquenz, verringert werden. Diese Therapie und die nachsorgende Betreuung werden in forensischen Ambulanzen durchgeführt. Diese sind, insbesondere für Patientinnen und Patienten aus dem Maßregelvollzug, bei den Zentren für Psychiatrie angesiedelt und haben eine eigenständige, an den jeweiligen Abteilungen für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie angebundene Organisations- und Personalstruktur.

Da die Patientinnen und Patienten wirtschaftlich meist nicht in der Lage sind, die Therapiekosten selbst zu zahlen, fallen neben dem Aufwand für den Auf- und Ausbau forensischer Ambulanzen im Regelfall auch die Therapiekosten auf das Land zurück. Es befinden sich bereits 450 Patientinnen und Patienten in ambulanter Behandlung. Die Fallkosten betragen durchschnittlich 6.000 Euro pro Patientin bzw. Patient und Jahr.

3. Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz

Der Landtag hat am 12. November 2014 das erste Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz für Baden-Württemberg beschlossen. Das Gesetz ist am 1. Januar 2015 in Kraft getreten.

Mit dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz wurden die Rechte psychisch kranker und psychisch behinderter Menschen und ihrer Angehörigen gestärkt. Hilfen für psychisch kranke und psychisch behinderte Menschen erhielten erstmals in Baden-Württemberg eine gesetzliche Grundlage. Regelungen über die öffentlich-rechtliche Unterbringung sowie den Maßregelvollzug wurden unter besonderer Berücksichtigung der Grundrechte der betroffenen Personen überarbeitet.

Die Stärkung der Patientenrechte spielt dabei eine zentrale Rolle; hierzu wurden nicht zuletzt neue Institutionen etabliert, wie die Einrichtung

- von Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen als Anlaufstellen für Betroffene und Angehörige, die zwischen psychiatrischen Einrichtungen und Betroffenen vermitteln und darüber hinaus allgemeine Informationen über wohnortnahe Hilfs- und Unterstützungsangebote erteilen,
- einer Ombudsstelle, die gegenüber dem Landtag berichtspflichtig ist,
- eines zentralen, anonymisierten Melderegisters zur Erfassung von Zwangsmaßnahmen,
- von Besuchskommissionen zur Überprüfung der Qualität in anerkannten stationären psychiatrischen Einrichtungen.

Für die Finanzierung der mit dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes etablierten Institutionen stehen jährlich 1 Mio. Euro zur Verfügung.

4. Außerklinische Einrichtungen und Dienste

In Baden-Württemberg besteht ein flächendeckendes Netz von Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi). Sie erbringen im Rahmen von Vorsorge, Nachsorge und Krisenintervention Betreuungsleistungen überwiegend für chronisch psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen und vermitteln ihnen soziale Hilfen. Außerdem erfüllen sie wichtige Aufgaben im Rahmen der trägerübergreifenden und klientenbezogenen Kooperation und Koordination auf Kreisebene im gemeindepsychiatrischen Verbund.

Die verschiedenen Angebote (u.a. die Psychiatrischen Institutsambulanzen, die Soziotherapie, die Tagesstätten und das ambulante betreute Wohnen) erfordern eine enge Abstimmung. Nach der „Konzeption eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV)“ sollen sich die Leistungserbringer einer Versorgungsregion zusammenschließen. Ergänzend wurde die Konzeption „Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ)“ erstellt, um verbindliche Kooperationen zumindest in zentralen Anlauf-, Beratungs- und Vermittlungsstellen der Gemeindepsychiatrie anzuregen. Neben diesen beiden Konzeptionen wird vom Land auch eine trägerübergreifende personenzentrierte Hilfeplanung zur Umsetzung empfohlen.

Die Sicherstellung der Grundversorgungsleistungen der SpDi ist ein zentrales Anliegen der Landesregierung.

Mit Inkrafttreten des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes am 1. Januar 2015 wurden die GPV und SpDi daher auf eine verbindliche gesetzliche Grundlage gestellt, §§ 6 und 7 PsychKHG. Hierdurch sollen die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte

psychiatrische Versorgung gewährleistet und die Rechte psychisch kranker Menschen gestärkt werden. § 6 PsychKHG regelt die grundsätzlichen Rahmenbedingungen der Förderung der SpDi, die Einzelheiten sind nach § 6 Absatz 4 Satz 5 in der am 9. September 2015 neu gefassten Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Soziales und Integration für die Förderung von sozialpsychiatrischen Diensten (VwV-SpDi) geregelt, die seit 1. Januar 2016 in Kraft und bis zum 31. Dezember 2020 gültig ist. Seit 2013 stellt die Landesregierung einen Regelförderbetrag in Höhe von 4 Mio. Euro zur Verfügung.

Um die notwendige Bündelung im außerklinischen Bereich weiterhin gestalten zu können und die Versorgung jener chronisch psychisch kranken Menschen zu sichern, die krankheitsbedingt einzelfallbezogene Sozialleistungen nicht in Anspruch nehmen (können), werden weiterhin Landesmittel benötigt.

Selbsthilfegruppen ergänzen durch ihre ehrenamtlichen Unterstützungsangebote das Hilfe- und Betreuungsangebot der professionellen Dienste und Einrichtungen. Zur Förderung der Arbeit von Selbsthilfegruppen Psychiatrie-Erfahrener, Angehöriger und Bürgerhelfer über den Hilfsverein für seelische Gesundheit in Baden-Württemberg e.V. sind 199.900 Euro im Staatshaushaltsplan 2017 veranschlagt. Ferner sind für die Förderung der in der Suizidprävention tätigen Arbeitskreise Leben 260.000 Euro im Jahr 2017 angesetzt.

XVII. Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe

1. Suchtprävention

Suchtprävention zielt darauf ab, gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Schäden, die mit dem Gebrauch legaler und illegaler Substanzen sowie den Folgen süchtigen Verhaltens verbunden sind, vorzubeugen. Für jeden Menschen soll sich dadurch die Chance erhöhen, ein suchtfreies oder von Sucht so weit wie möglich unbeeinträchtigtes Leben zu führen. Suchtprävention umfasst alle verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen, die riskanten und abhängigen Gebrauch von Suchtmitteln sowie süchtige Verhaltensweisen verhindern, reduzieren oder risikoärmere Verhaltensmuster fördern. Dies bezieht die positive Beeinflussung der Lebenszusammenhänge ein. Im Vordergrund steht der Ausbau der Prävention. Weiterhin werden insbesondere die zielgruppenspezifischen und niedrigschwelligen Angebote gestärkt und die Konzepte zur Prävention weiterentwickelt werden. Dies schließt Angebote für Menschen mit HIV oder anderen sexuell übertragbaren Krankheiten mit ein. Neben aufsuchenden Angeboten für die Betroffenen ist es Ziel, die Zusammenarbeit der in diesem Themenbereich tätigen Institutionen vor Ort zu stärken und zu verstetigen. In diesem Zusammenhang wird die Struktur der bisherigen Kommunalen Suchthilfenetzwerke um den Bereich Suchtprävention erweitert und zu den neuen Kommunalen Netzwerken Sucht umgestaltet.

Psychosoziale Beratungsstellen und Kontaktläden sowie kommunale Suchtbeauftragte in allen 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg leisten hier wertvolle Arbeit und einen ganz wichtigen Beitrag. Diese Angebots- und Versorgungsstrukturen werden vom Land durch Zuschüsse von insgesamt über 9 Mio. Euro jährlich gefördert.

Thematischer Schwerpunkt der suchtpreventiven Aktivitäten sind Maßnahmen zur Vorbeugung des Alkohol- und des Nikotinmissbrauchs. Die laufende Tabakpräventionskampagne „Be smart, don't start“ wird von der AOK Baden-Württemberg und auf örtlicher Ebene vor allem durch die Beauftragten für Suchtprophylaxe/Kommunalen Suchtbeauftragten unterstützt und durch begleitende Veranstaltungen vertieft. Zahlreiche Tabakpräventionsprojekte auf der örtlichen Ebene, initiiert und durchgeführt durch die Beauftragten für Suchtprophylaxe/Kommunalen Suchtbeauftragten sowie die Fachkräfte für Suchtprävention an den Gesundheitsämtern, kommen hinzu.

Um der Suchtprävention in Baden-Württemberg zu mehr Durchschlagskraft zu verhelfen, hat das Ministerium für Soziales und Integration im Jahr 2010 die „Arbeitsgruppe Suchtprävention“ eingesetzt. In ihr wirken sämtliche Körperschaften, Verbände und Ministerien mit, die mit der Wahrnehmung von Aufgaben in der Suchtprävention beauftragt sind. Sie hat die Aufgabe, Empfehlungen für die Suchtprävention in Baden-Württemberg zu verabschieden, die dann als fundierte Grundlage für suchtpolitische Entscheidungen dienen. Durch den Einsatz dieser Arbeitsgruppe soll auch ein breiter gesellschaftlicher Konsens hinsichtlich künftiger Maßnahmen hergestellt werden, weil nur dadurch eine tragfähige Umsetzung vor Ort möglich ist.

Das „Grundlagenpapier Suchtprävention in Baden-Württemberg“ beschreibt in konzentrierter Form insbesondere für Entscheidungsträger im kommunalen Bereich die Ursachen der Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen sowie sinnvolle Präventionsmaßnahmen. Ergänzend hierzu wurden Ende 2011 Empfehlungen zur Prävention des Alkoholmissbrauchs bei Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg beschlossen. Diese erläutern die wesentlichen Elemente, die für die Wirksamkeit der Prävention von Alkoholmissbrauch entscheidend sind.

Suchtprävention in Baden-Württemberg wendet sich verstärkt an Jugendliche im Einstiegsalter, um Missbrauch und Abhängigkeit vorzubeugen. Ein wesentliches Thema der Suchtprävention wird auch 2017 wieder die Alkoholmissbrauchsprävention sein. Zielgruppe sind jedoch auch Erwachsene. Sucht im Alter ist bislang ein noch weitgehend verkanntes Thema. Aufgrund des demografischen Wandels gewinnt es jedoch zunehmend an Bedeutung. Aus suchtpräventiver Sicht ist es unabdingbar, die sozialen Ressourcen und die Gesundheit älterer Menschen zu fördern, damit ihnen möglichst lange ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Lebensqualität erhalten bleibt. Deshalb ist der Landesseniorenrat über die AG Suchtprävention in die weitere Entwicklung eingebunden.

An der Schnittstelle zum Kinderschutz soll auch in den kommenden Jahren außerdem die Zielgruppe Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien weiter in den Blickpunkt gerückt werden. Hier gilt es, die Qualifikation und die gegenseitige Vernetzung der Angebote von Jugendhilfe und Suchthilfe weiter zu fördern.

Bei der Prävention von Glücksspielsucht und dem Spielerschutz hat das Ministerium für Soziales und Integration einen Schwerpunkt auf die rechtlichen Rahmenbedingungen für Glücksspielanbieter gelegt, indem es im § 7 Landesglücksspielgesetz Baden-Württemberg (LGlüG) weitreichende Vorschriften zur Prävention und zum Spielerschutz verankert hat. Darüber hinaus ist im § 9 Abs. 6 LGlüG geregelt, dass das Land die wissenschaftliche Forschung zur Vermeidung und Abwehr von Suchtgefahren durch Glücksspiele, die Suchtprävention und -hilfe sowie die Glücksspielaufsicht als öffentliche Aufgabe wahrnimmt. Es stellt hierfür einen angemessenen Anteil aus den Reinerträgen der Glücksspiele zur Verfügung.

Hier gilt es insbesondere, die Beratungsstellen auch in ihrer fachlichen Kompetenz weiter zu stärken, damit diese ihre Schlüsselrolle im Bereich der Prävention von Glücksspielsucht und der Suchthilfe für problematische und pathologische Glücksspielerinnen bzw. Glücksspieler weiterhin nachkommen können. In diesem Zusammenhang hat sich die Praxis bewährt, die Landesförderung der Suchtberatungsstellen ab dem Jahr 2009 von deren Einbindung in die Kommunalen Suchthilfenetzwerke abhängig zu machen, die sich als belastbare Grundstruktur schon vielfältig auch für den problematischen Umgang mit den digitalen Medien bewährt haben. Sie wurden als Basis bei der Umsetzung des Glücksspielstaatsvertrages genutzt. Dabei wurden keine neuen Sonderstrukturen aufgebaut, sondern die bisherigen Strukturen so verstärkt, dass auch problematische und pathologische Spieler effizient und gut versorgt werden können. Dies umfasst auch den Bereich der internetbezogenen Störungen.

2. Suchtkrankenhilfe

Die Suchthilfe orientiert sich an der Definition von Sucht als „behandlungsbedürftige, psychosoziale und psychiatrisch relevante Krankheit und Behinderung mit chronischen Verläufen“. Deren Folge ist das Entstehen einer sozialen, körperlichen und seelischen Beeinträchtigung, die die betroffenen Menschen daran hindern kann, ihren sozialen und gesellschaftlichen Verpflichtungen nachzukommen und am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben.

Deshalb ist die Sicherung des vorhandenen, über Jahrzehnte aufgebauten flächendeckenden Netzes an ambulanten Hilfeangeboten mit rd. 110 Psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen für Suchtgefährdete und Suchtkranke (PSB) und Kontaktläden (KL) in Trägerschaft der Verbände der freien Wohlfahrtspflege und in kommunaler

Trägerschaft als dem Kernstück der Suchthilfe unerlässlich. Das Land Baden-Württemberg fördert daher diese Stellen mit einem Personalkostenzuschuss, um Impulse für eine flächendeckende Versorgung und gemeinsame Qualitätsstandards zu setzen.

Die Anforderungen an die Suchtkrankenversorgung sind durch die Natur der Erkrankung äußerst komplex. Die verschiedenen Stadien der Erkrankung erfordern unterschiedliche Zugangswege zu den Hilfebedürftigen und differenzierte Hilfemaßnahmen.

Die Entgiftung Suchtkranker und der qualifizierte Entzug als multimodales Behandlungskonzept sind nach SGB V eine Krankenbehandlung in der Leistungsverantwortung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gleiches gilt für die Durchführung von Substitutionsbehandlungen. Oft entsteht erst durch den Wegfall des täglichen Suchtdrucks, den verbesserten Gesundheitszustand und die soziale Integration die Grundlage für einen erfolgreichen Weg aus der Sucht.

Die medizinische Suchtrehabilitation („Entwöhnung“) ist gemäß SGB VI in der Regel eine Leistung der Rentenversicherungsträger und wird in dafür geeigneten und anerkannten Einrichtungen stationär, teilstationär, ambulant oder in den verschiedensten Varianten als ambulant-stationäre Kombinationsbehandlung durchgeführt. Die psychosozialen Sucht- und Drogenberatungsstellen sind in aller Regel von den Rentenversicherungsträgern auch als ambulante Rehabilitationseinrichtungen anerkannt.

Schlussendlich ist es die Aufgabe der Arbeitsverwaltung, im Rahmen von SGB II und SGB III die Behandlungskette mit der Integration oder Reintegration in das Erwerbsleben abzuschließen und damit die wichtigste Voraussetzung für die soziale Teilhabe zu schaffen. Flankiert wird diese Phase der Behandlung durch das breite Spektrum der Selbsthilfegruppen und der ehrenamtlichen Suchthelferinnen und Suchthelfer.

Um Suchtkranken und ihren Angehörigen eine Orientierung innerhalb dieser unterschiedlichen Zuständigkeiten zu geben und um nicht bedarfsgerechte Parallelstrukturen zu vermeiden, wurden auf Initiative des Ministeriums für Soziales und Integration in allen Stadt- und Landkreisen kommunale Suchthilfenetzwerke eingerichtet. Diese wurden zwischenzeitlich um den Bereich Suchtprävention erweitert und in Kommunale Netzwerke für Suchtprävention und Suchthilfe umgestaltet und arbeiten weiterhin erfolgreich.

Auf Grund des demografischen Wandels ist es eine große Herausforderung für die Kassenärztliche Vereinigung, ihrem Sicherstellungsauftrag nach dem altersbedingten Ausscheiden substituierender Ärztinnen und Ärzte nachzukommen. Neben der Aufrechterhaltung der bestehenden Substitutionsmöglichkeiten kommt der Verbesserung der rechtlichen und tatsächlichen Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung sowie gesellschaftlicher Teilhabe der Betroffenen eine besondere Bedeutung zu. Im Rahmen von verschiedenen Modellprojekten werden Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung substituierter Menschen und zur Erleichterung der sozialen Teilhabe Suchtkranker entwickelt. Die von Fachleuten sowie Praktikerinnen und Praktikern in der AG Substitution beim Ministerium für Soziales und Integration fachlich ausgearbeiteten Vorschläge zur Neugestaltung des Substitutionsrechts wurden vom Bundesgesundheitsministerium aufgegriffen, so dass nun eine entsprechende Änderung des Betäubungsmittelrechts mit Erleichterungen für substituierende Ärztinnen und Ärzte zu erwarten ist.

XVIII. Krankenhauswesen

1. Allgemeines

Die Krankenhausfinanzierung teilen sich seit Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) im Jahr 1972 die Länder und die gesetzlichen Krankenversicherungen. Die Investitionskosten werden im Wege der Förderung von den Ländern getragen, die Krankenkassen finanzieren die laufenden Betriebskosten im Rahmen der Krankenhausvergütung. Die Krankenhäuser haben Anspruch auf entsprechende Investitionsförderung soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind. Die Fördermittel sind zweckgebunden und werden nach Maßgabe des KHG und des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG) so bemessen, dass sie die förderfähigen und unter Beachtung des Versorgungsauftrages notwendigen Investitionskosten nach den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit decken. Die Förderung von Investitionskosten erfolgt dabei insbesondere im Wege der Einzel- und Pauschalförderung. Während die Einzelförderung vor allem langfristige Investitionen wie etwa Neubauten oder Sanierungsmaßnahmen umfasst, beinhaltet die Pauschalförderung kleinere bauliche Maßnahmen und die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter. Zur Förderung des Krankenhausbaus in Baden-Württemberg werden auf der Grundlage des Krankenhausplans jährliche Investitionsprogramme aufgestellt (Jahreskrankenhausbauprogramme und ergänzende Förderprogramme). Daneben gibt es noch verschiedene weitere Fördertatbestände im Landeskrankenhausgesetz.

Die Landesregierung bekennt sich eindeutig zu ihrer Finanzierungsverantwortung für Krankenhausinvestitionen. Der aktiven Begleitung des laufenden Strukturwandels in der stationären Versorgung kommt mit der Krankenhausplanung und Krankenhausförderung eine besondere Bedeutung zu. Durch gezielten und ausreichenden Mitteleinsatz sollen die baulichen, medizinischen und organisatorischen Strukturen der Krankenhäuser kontinuierlich verbessert und zukunftsfähig gemacht bzw. gehalten werden.

2. Krankenhausplanung

Der nach dem KHG und dem LKHG vom Land aufzustellende Krankenhausplan ist Grundlage für die Krankenhausförderung des Landes. Der aktuelle Krankenhausplan gibt die wichtigsten Grundsätze für eine qualitativ hochwertige, wirtschaftliche, konzentrierte und dennoch flächendeckende Versorgungsstruktur bei relativ hoher Patientennähe in Baden-Württemberg vor. Die Krankenhausplanung erfolgt in den somatischen Fachgebieten grundsätzlich entsprechend § 6 LKHG als Rahmenplanung (Festlegung von Gesamtbettenzahlen, Fachabteilungen und Standorten). Das Land verzichtet grundsätzlich darauf, den Versorgungsauftrag von Krankenhäusern bis ins Detail festzulegen. Bei besonderem landesplanerischem Bedarf wird gemäß § 4 LKHG eine entsprechende medizinische Fachplanung vorgenommen.

Die Fachplanung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie die Fachplanung zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung wurden aktualisiert, die Konzeption zur Versorgung von Schlaganfallpatienten und das Fachkonzept zur Neurologischen Frührehabilitation Phase B werden fortgeschrieben.

Das Land hat auf dieser Grundlage den tiefgreifenden Strukturwandel in der baden-württembergischen Krankenhauslandschaft aktiv begleitet und den an den einzelnen Standorten sich ergebenden aktuellen Entwicklungen Rechnung getragen. Dabei wurden die Hauptziele nie aus dem Auge verloren, nämlich durch Verzicht auf entbehrliche

Kapazitäten und unwirtschaftliche Strukturen die notwendigen Freiräume für medizinische Innovationen zu schaffen und damit die Versorgungsqualität weiter zu verbessern, die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen sowie eine regionale Ausgewogenheit zu erlangen.

Seit 1983 sind in Baden-Württemberg in einem kontinuierlichen Prozess im Saldo 147 der ehemals 363 Krankenhäuser weggefallen, eine große Zahl davon durch endgültige Schließung. Einige Krankenhäuser wurden in ein anderes – meist leistungsfähigeres – Krankenhaus integriert. Andere wurden in Pflegeheime, Sozialstationen, Praxisgemeinschaften oder auch Rehabilitationseinrichtungen umgewandelt. Die Krankenhausbetten bzw. -plätze haben sich um rund 13.000 reduziert.

Krankenhausentwicklung in Baden-Württemberg

seit Inkrafttreten des Krankenhausbedarfsplans II (01.01.1983)

Stichtag ...	Planrelevante Krankenhäuser	Planrelevante Betten / Plätze
	¹⁾ Anzahl	Insgesamt
01.01.1983	363	70.535
31.12.1993	306	68.395
31.12.1998	296	65.301
31.12.2002	284	64.407
01.01.2011	237	58.026
01.01.2014	222	57.607
01.01.2016	216	57.549

Erläuterungen:

1) jeweils einschließlich selbständiger Tageskliniken und zugelassener im Bau befindlicher Einrichtungen; Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V, die für einen Teilbereich auch nach dem KHG gefördert werden, sind als **zwei** Einrichtungen gezählt

Zwischen qualitativer Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung und Konzentration von Kapazitäten besteht somit kein Widerspruch.

Künftig ist zudem das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) mit seinen Vorgaben zur verstärkten Berücksichtigung der Qualität der Krankenhausversorgung umzusetzen. Dies betrifft insbesondere die kommenden Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, stationären Notfallstrukturen und die planerische Ausweisung von Zentren.

Der Bettenindex liegt derzeit im vollstationären Bereich in Baden-Württemberg bei 50 Betten je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Im Ländervergleich schneidet Baden-Württemberg hinsichtlich der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen am besten ab. Auf 1.000 Versicherungsjahre kommen 187,2 Krankenhaufälle und 1.461,6 Krankenhaustage. Bei den übrigen Bundesländern liegt die Anzahl der Krankenhaufälle zwischen 204,5 und 239,3; die Anzahl der Krankenhaustage je 1.000 Versichertenjahre liegt zwischen 1.580,5 und 1.860,7. Auch die Krankenhauskosten je Versichertenjahr fielen 2014

mit 761 Euro in Baden-Württemberg im Vergleich zu den anderen Ländern am niedrigsten aus (übrige Bundesländer zwischen 797 und 910 Euro).

Die Entwicklung der Krankenhausdaten in Baden-Württemberg seit 1990 bis einschließlich 2014 stellt sich wie folgt dar¹:

Jahr	stationäre Behandlungs- fälle Mio.	Pflegetage Mio.	Pflegetage je 1.000 EW	Verweildauer Tage	Betten- nutzung v. H.
1990	1,604	21,6	2.197	13,50	85,3
2009	1,992	15,9	1.515	8,00	75,9
2010	2,019	15,9	1.478	7,87	76,1
2014	2,111	15,6	1.454	7,38	77,15

Unter Einsatz beträchtlicher Investitionsmittel muss das Krankenhauswesen unterstützt werden, um sicherzustellen, dass das bestehende medizinische Wissen und die weiteren Fortschritte der Medizin auch künftig allen Bürgerinnen und Bürgern zur Verfügung stehen (Innovation erfordert Investition). Das Land wird dies mit Fördermitteln und im intensiven Kontakt mit allen Beteiligten unterstützen.

3. Investitionsprogramme

Die Entwicklung der Haushaltsmittel des Landes für die Förderung der Plankrankenhäuser seit 2005 ergibt sich aus der nachstehenden Übersicht:

Mittelaufbringung in Mio. Euro

Jahr	gesamt	davon KIF²
2005	281,2	281,2
2006	296,7	296,7
2007	305,0	305,0
2008	310,0	310,0
2009³	340,0	340,0
2010⁴	337,0	337,0
2011	382,5	332,5
2012	370,0	370,0
2013	385,0	385,0
2014	410,0	410,0
2015	437,0	437,0
2016	455,2	455,2

¹ Quelle: Stat. Landesamt Baden-Württemberg; Berechnungen des Ministerium für Soziales und Integration

² KIF = Kommunalen Investitionsfonds aus Finanzausgleichsmasse B nach FAG

³ zuzüglich 130 Mio. Euro aus dem Zukunftsinvestitionsprogramm des Bundes (ZIP) sowie 25 Mio. Euro Verpflichtungsermächtigungen aus dem Landesinfrastrukturprogramm (LIP) mit späterer Abdeckung in Kap. 0922 TG 91

⁴ inklusive Abdeckung Landesinfrastrukturprogramm (LIP)

Von den zur Verfügung stehenden Mitteln wurden 2014 rd. 157,5 Mio. Euro und 2015 rd. 157,6 Mio. Euro im Rahmen der Pauschalförderung verausgabt; für 2016 sind 160 Mio. Euro für die Pauschalförderung vorgesehen.

Bezogen auf die Investitionsprogramme (Bau- und Förderprogramme) stellt sich die Entwicklung seit 2005 wie folgt dar:

Bau-, Förder- (Regional-)programm in Mio. Euro

Jahr	Bauprogramm	Förder-/Regional-programm	Summe Investitions-programm
2005	150,80	9,00	159,80
2006	163,80	9,00	172,80
2007	161,30	9,00	170,30
2008	162,00	9,00	171,00
2009	162,00	15,00	177,00
2010	162,00	10,00	172,00
2011	235,00	14,50	249,50
2012	230,00	8,00	238,00
2013	250,00	8,00	258,00
2014	250,00	8,00	258,00
2015	250,00	8,00	258,00
2016	255,00	8,00	263,00

4. Finanzierungsbedarf

Bei der Aufstellung des Jahreskrankenhausbauprogramms 2016 betrug der Anmeldebestand zum Stichtag 1. Oktober 2015 rund 674 Mio. Euro. Im Anmeldebestand sind stets in erheblichem Umfang auch nicht förderfähige Kostenanteile enthalten. Wie hoch der förderfähige Kostenrahmen eines einzelnen Projektes tatsächlich ist, wird erst nach Abschluss der baufachlichen und förderrechtlichen Detailprüfung der eingereichten Antragsunterlagen festgelegt. Mit dem Jahreskrankenhausbauprogramm 2016, das im Dezember 2015 vom Ministerrat beschlossen wurde, kann mit einem zur Verfügung gestellten Gesamtfördervolumen in Höhe von 255 Mio. Euro ein Anmeldebestand von mehr als 450 Mio. Euro abgebaut werden.

Der Anmeldebestand konnte auf Grund des gestiegenen Bauprogrammvolumens reduziert werden. An mehreren Krankenhausstandorten zeichnen sich jedoch in näherer Zukunft große Baumaßnahmen ab.

5. Krankenhausstrukturfonds

Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen im Krankenhaussektor wurde gemäß § 12 KHG, der durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) mit Inkrafttreten zum 1. Januar 2016 eingeführt worden ist, aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Krankenhausstrukturfonds in Höhe von 500 Mio. Euro eingerichtet.

Der Anteil von Baden- Württemberg beläuft sich nach dem Königsteiner Schlüssel auf rund 63,7 Mio. Euro und kann abgerufen werden, sofern das Land - gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung – mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens trägt.

Mit dem Krankenhausstrukturfonds sollen neben Schließungen von Krankenhäusern oder Abteilungen auch standortübergreifende Konzentrationen und Umwandlungen von Krankenhäusern oder Abteilungen in bedarfsnotwendige andere Fachrichtungen oder in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen gefördert werden.

XIX. Förderung aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF)

Der Europäische Sozialfonds (ESF) ist das bedeutendste Instrument der Europäischen Union (EU) für die Arbeitsmarktpolitik. Er ist neben dem Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) einer der wichtigsten EU-Strukturfonds und unterstützt die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der Europäischen Strategie 2020 für Wachstum und Beschäftigung.

1 ESF-Förderung 2007 - 2013 im Ziel Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung (RWB)

Die Europäische Union stellte für das Programm „Chancen fördern – Der Europäische Sozialfonds in Baden-Württemberg“ im Rahmen des Ziels „Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung“ (RWB) in der Förderperiode 2007 - 2013 insgesamt 266 Mio. € an ESF-Mitteln zur Verfügung.

Die konkreten Ziele und Maßnahmen der Förderung aus dem ESF wurden auf Landesebene im **Operationellen Programm „Chancen fördern“** für den ESF in Baden-Württemberg festgelegt. Darin waren Prioritäten definiert, die Akzente für mehr Wachstum und Beschäftigung setzten.

Von den für Projekte und Programme verfügbaren ESF-Mitteln in Höhe von insgesamt 255,36 Mio. € wurden 253,70 Mio. € ausgezahlt (Stand: 4/2016). Davon waren 97,3 Mio. € für regionale Projekte und 72,7 Mio. € für zentrale Projekte aus dem Förderbereich Arbeit und Soziales (Ministerium für Soziales und Integration, Ministerium für Kultus, Jugend und Sport, Ministerium der Justiz und für Europa und Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst). Die restlichen Mittel sind auf den Förderbereich Wirtschaft, der vom Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau (früher Ministerium für Finanzen und Wirtschaft) als zwischengeschaltete Stelle bewirtschaftet wurde, entfallen.

Diese Summen wurden aus Mitteln des Landes, der Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit sowie aus privaten Mitteln in mindestens gleicher Höhe ergänzt.

Zu den zentralen Projekten des Ministeriums für Soziales und Integration zählten auch u. a. die über den ESF geförderten Modellprojekte des 2011 gestarteten Landesprogramms „Gute und sichere Arbeit“, mit denen die Ausbildung für Benachteiligte, die assistierte Ausbildung, die Teilzeitausbildung für Alleinerziehende sowie die nachhaltige Integration von Langzeitarbeitslosen, u. a. mit gesundheitlichen Einschränkungen, unterstützt wurden.

Insgesamt wurden über 9.500 Vorhaben bewilligt, davon 1.794 regionale ESF-Projekte und 124 zentrale Projekte aus dem Förderbereich Arbeit und Soziales. Insgesamt haben 414.000 Menschen an den ESF-Projekten und Programmen teilgenommen.

Nach der bisher eingegangenen Zwischenzahlungen von der EU-KOM steht noch eine Restzahlung in Höhe von rund 13,3 Mio. Euro aus, die in 2017/2018 erwartet wird.

2 Europäischer Sozialfonds (ESF) - Förderperiode 2014-2020

Die Europäische Union stellt für das Programm „Chancen fördern – Der Europäische Sozialfonds in Baden-Württemberg“ im Rahmen des Ziels „Investitionen in Wachstum und Beschäftigung“ in der Förderperiode 2014-2020 insgesamt rund 260 Mio. € an ESF-Mitteln zur Verfügung. In diesem Operationellen Programm werden die konkreten Maßnahmen und Ziele für die ESF-Förderung festgelegt.

Das Ministerium für Soziales und Integration ist als Verwaltungsbehörde verantwortlich für die Verwaltung und Durchführung des Operationellen Programms.

In seinem Ressortbereich stehen in der Förderperiode 2014-2020 – ohne die für Vorhaben anderer Ressorts vorgesehenen Mittel – rund 132 Mio. € zur Verfügung. Entsprechend den Maximen von Dezentralität und Subsidiarität wird der überwiegende Teil der Mittel – rund 92,5 Mio. € über die gesamte Förderperiode – im Rahmen der regionalen Förderung über die bei den Stadt- und Landkreisen angesiedelten ESF-Arbeitskreise umgesetzt. Für das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau als zwischengeschaltete Stelle sind rund 83 Mio. € vorgesehen. Für den Verwaltungsaufwand stehen rund 10,3 Mio. Euro an ESF-Mitteln zur Verfügung, die im Verhältnis 2:1 zwischen dem Ministerium für Soziales und Integration und dem Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau aufgeteilt werden.

Zu den zentralen Projekten des Ministeriums für Soziales und Integration zählen u.a. die ESF-geförderten Modellprojekte des Landesprogramms „Gute und sichere Arbeit“, mit denen in der Förderperiode 2014-2020 die Teilzeitausbildung für Alleinerziehende und Pflegenden, Modelle der assistierten Ausbildung für Flüchtlinge und für Berufe der Pflegehilfe und Alltagsbetreuung sowie die nachhaltige Integration von Langzeitarbeitslosen, auch solchen mit Suchterkrankungen, unterstützt werden. Für diese Projekte werden bis Mitte 2016 ESF-Mittel in Höhe von rund 11,5 Mio. € bewilligt sein.

Diese Summen werden aus Mitteln des Landes, der Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit sowie aus privaten Mitteln in mindestens gleicher Höhe ergänzt.

XX. Europa

1. Europäische Sozial- und Gesundheitspolitik

In der europäischen Arbeits-, Gesundheits- und Sozialpolitik wirken die Länder in erster Linie über den Bundesrat an der politischen Willensbildung und Entscheidungsfindung mit. Im Vorfeld stimmen die Länder Positionen im Rahmen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) und in der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) ab. Beide Fachministerkonferenzen haben EU-Arbeitsgruppen eingerichtet. Diese erarbeiten auch Beschlüsse und Anträge für das Bundesratsverfahren und für die Ministerkonferenzen. Themen waren u.a. die Beteiligung der Länder an Konsultations- und Koordinierungsverfahren, sozial- und beschäftigungspolitische Erwartungen an die EU, Europäische Referenznetzwerke und TTIP.

2. Grenzüberschreitende, europäische und internationale Zusammenarbeit

2.1 Grenzüberschreitende Zusammenarbeit mit den Nachbarländern Frankreich, Schweiz, Österreich und Liechtenstein

Im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik werden die Kooperationen mit den Nachbarländern entlang der Grenzen Baden-Württembergs fortgeführt. Die Zusammenarbeit erfolgt insbesondere im Rahmen der Internationalen Bodenseekonferenz (IBK) und der Deutsch-Französisch-Schweizerischen Oberrheinkonferenz (ORK), darüber hinaus auch bilateral mit der Schweiz und Frankreich sowie auch im Rahmen behördlicher Zusammenarbeit.

2.2 Deutsch-Französisch-Schweizerische Oberrheinkonferenz (ORK)

Wichtige Themen und Projekte im Rahmen der Arbeitsgruppe Gesundheitspolitik der ORK sind vor allem die Mobilität von Patientinnen und Patienten und Gesundheitsdienstleistungen im stationären, ambulanten und rehabilitativen Bereich, Fachkräftemangel im Gesundheits- und Pflegebereich, die grenzüberschreitende Notfallrettung, Epidemiologie, übertragbare Krankheiten (Projekt Epi-Rhin), exotische Stechmücken, Gesundheitsprävention, betriebliches Gesundheitsmanagement sowie Sucht- und Drogenprävention, Gesundheitsberichterstattung und Fragen der grenzüberschreitenden Sozialversicherung. Hierfür wurde eine trinationale Gesundheitsinformationsplattform entwickelt. Konzeptionen zu einem grenzüberschreitenden Ärztehaus am Oberrhein zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in strukturschwachen Regionen werden mit den beteiligten Institutionen konkretisiert. Die Studie zum Fachkräftemangel im Gesundheitswesen am Oberrhein wurde im Oktober 2015 veröffentlicht.

Die AG Gesundheitspolitik hat eine trinationale Plattform (TRISAN) geschaffen. Das INTERREG V Projekt soll zur bedarfsorientierten Optimierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit der Gesundheitsverwaltungen und -leistungserbringer dienen. Es soll das Versorgungsangebot am Oberrhein verbessern, indem eine grenzüberschreitende Datengrundlage geschaffen wird und grenzüberschreitende Projekte aufgebaut werden können.

2.3 Internationale Bodenseekonferenz (IBK)

Schwerpunkte der Zusammenarbeit mit den Nachbarländern und Kantonen des Bodenseeraums im Rahmen der IBK-Kommission Gesundheit und Soziales sind vor allem im Bereich der gesundheitlichen Prävention angesiedelt. Wichtige Projekte und Themen sind die „Gesundheitsförderung im Bodenseeraum“, ein gemeinsames Präventionsprojekt mit Preisverleihung, die Erarbeitung eines Modellprojekts Ausbildung in der Pflege mit grenzüberschreitenden Ansätzen, das EU-Modellprojekt „Adipositas Kompetenzzentrum KIG – Kinder im Gleichgewicht“, grenzüberschreitende Rehabilitationsangebote im Bodenseeraum, die Erörterung der demografischen Entwicklung im Bodenseeraum, Zukunft der Krankenhauslandschaft, , Influenzapandemie, E-Health, die Mobilität von Gesundheitsdienstleistungen und Patienten im Bodenseegebiet sowie der Mangel an Fachkräften im Gesundheits- und Pflegebereich.

2.4 Bilaterale Zusammenarbeit mit Frankreich und der Schweiz

Das Deutsch-Französische Rahmenabkommen und die Verwaltungsvereinbarung über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich sind wichtige Grundlagen für die Intensivierung der Kooperation mit Frankreich. Die Kontinuität dieser Arbeit wird auch 2017 im Mittelpunkt der Aktivitäten stehen.

2.5 Zusammenarbeit mit den Donauanrainerländern

Die Zusammenarbeit mit den Donauanrainerländern konzentriert sich vor allem auf Fragen der Gesundheitsversorgung sowie Fragen der Integration von Roma, sowie die Zusammenarbeit der Priority Area 9 der Europäischen Donaumaumstrategie (EUSDR). Mit Ungarn, Bulgarien und Rumänien bestehen im Rahmen von Gemischten Regierungskommissionen gemeinsame Arbeitsprogramme.

2.6 Sonstige internationale Zusammenarbeit

Die internationale Zusammenarbeit des Ministeriums für Soziales und Integration orientiert sich wesentlich an den Schwerpunkten der Politik der Landesregierung. Zu diesen zählt auch die Zusammenarbeit mit der chinesischen Provinz Jiangsu. Im Rahmen der Gemischten Arbeitsgruppe Jiangsu – Baden-Württemberg wurde für die Zusammenarbeit ein umfangreiches Arbeitsprogramm auf dem Gebiet des Gesundheitswesens vereinbart. In diesem Rahmen finden jährlich mehrmonatige Ärztehospitationen chinesischer Ärzte in Kliniken und im öffentlichen Gesundheitsdienst in Baden-Württemberg statt.