

Kommissionsdrucksache

(17.11.2015)

Entwurf des Vorsitzenden Jörg Heydorn

Zweiter Zwischenbericht der Enquete-Kommission
„Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“

- Mobilität im Alter
- Alter und Gesundheit/Pflege

| Inhaltsverzeichnis | Seite |
|--|-------|
| Vorwort | 4 |
| A Zusammensetzung und Arbeitsweise der Enquete-Kommission..... | 5 |
| B Themenfeld „Mobilität im Alter“ | 10 |
| B.1 Mobilitätsrealität älterer Menschen in Mecklenburg-Vorpommern | 12 |
| B.1.1 Motorisierter Individualverkehr (MIV) | 17 |
| B.1.2 Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV)..... | 19 |
| B.1.3 Nahmobilität (Rad- und Fußverkehr)..... | 20 |
| B.1.4 Verkehrssicherheit | 21 |
| B.2 Rahmenbedingungen für eine Sicherung der Mobilität Älterer | 24 |
| B.2.1 Finanzielle und ordnungsrechtliche Rahmenbedingungen für den Straßenraum | 24 |
| B.2.2 Finanzielle und ordnungsrechtliche Rahmenbedingungen für den ÖPNV | 26 |
| B.3 Akzeptanz neuer Mobilitätsformen, neue Mobilitätsoptionen | 30 |
| B.3.1 Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien.... | 33 |
| B.4 Handlungsempfehlungen zu „Mobilität im Alter“ | 36 |
| B.4.1 Reform des ÖPNV: Netzstruktur, Finanzierung und Mobilitätsmanagement | 37 |
| B.4.2 Mobilitätsinfrastruktur: Barriereabbau, seniorenrechtliche Straßenraumgestaltung und Verkehrssicherheit | 44 |
| B.4.3 Alternative Formen der Flächenerschließung: Radmobilität, innovative Technologien und Vermeidung erzwungener Mobilität..... | 47 |
| B.5 Sondervotum des von der Fraktion der NPD benannten Kommissionsmitglieds..... | 51 |
| C Alter und Gesundheit/Pflege..... | 52 |
| C.1 Versorgungssituation bei Gesundheit/Pflege | 52 |
| C.2 Medizinische Versorgung | 54 |
| C.2.1 Stationäre Versorgung | 55 |
| C.2.2 Geriatrische Versorgung | 60 |
| C.2.3 Palliativversorgung..... | 62 |
| C.2.4 Notfallversorgung..... | 66 |
| C.2.5 Telemedizin/digitale Vernetzung / e-health | 67 |
| C.2.6 Ambulante Versorgung | 68 |
| C.3 Pflegerische Versorgung | 73 |
| C.3.1 Stationäre Pflege | 75 |
| C.3.2 Prävention und Rehabilitation | 78 |

| | | |
|-------|---|-----|
| C.3.3 | Demenz | 81 |
| C.3.4 | Intensivpflege..... | 83 |
| C.3.5 | Ambulante Pflege..... | 83 |
| C.3.6 | Rolle der Kommunen bei der (ganzheitlichen) integrierten Versorgung | 86 |
| C.3.7 | Sorgeleistung Dritter/Bürgerschaftliches Engagement..... | 87 |
| C.4 | Handlungsempfehlungen zu „Alter und Gesundheit/Pflege“ | 91 |
| C.4.1 | Medizinische Versorgung..... | 93 |
| C.4.2 | E-Health: Telemedizin und Technische Assistenzsysteme | 99 |
| C.4.3 | Pflegerische Versorgung und Betreuung | 100 |
| C.4.4 | Prävention und Rehabilitation | 105 |
| C.5 | Sondervoten (ggfs.) | 107 |
| D | Literatur- und Quellenverzeichnis | 108 |
| E | Anhang..... | 115 |
| E.1 | Beratungsverlauf..... | 115 |
| E.2 | Liste der Kommissionssitzungen | 122 |
| E.3 | Liste der Kommissionsdrucksachen | 123 |
| E.4 | Liste ausgewählter Plenarprotokolle | 127 |
| E.5 | Liste ausgewählter Landtagsdrucksachen | 128 |
| E.6 | Liste ausgewählter Bundestagsdrucksachen..... | 129 |

Vorwort

Der vorliegende zweite Zwischenbericht dokumentiert die Arbeit der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ vom April 2014 bis November 2015. In dieser Zeit hat sich das Gremium aus Abgeordneten und nicht-parlamentarischen Mitgliedern in 22 Sitzungen unter anderem intensiv mit den Themenfeldern „Mobilität und Alter“ und „Alter und Gesundheit/Pflege“ befasst. Dabei stand und steht die Kommission vor der Aufgabe, zu jedem Themenfeld konkrete Maßnahmen für die Landespolitik vorzuschlagen. Erste Handlungsempfehlungen zu den behandelten Themenfeldern enthält der vorliegende Zwischenbericht. *Die Kommission hat am 4. Dezember 2015 in ihrer 43. Sitzung diesem Zwischenbericht mit den Stimmen der (durch die Fraktionen XYZ) benannten Kommissionsmitglieder zugestimmt.* Der Landtag und die interessierte Öffentlichkeit erhalten damit eine Zwischenbilanz der bisherigen Arbeit, die durch die öffentlichen Sitzungen und die Einbeziehung zahlreicher Sachverständiger und Betroffener ausgesprochen transparent gestaltet wurde.

Der Abstimmungsprozess innerhalb der Kommission ist mit diesem Zwischenbericht nicht abgeschlossen. Die Kommission informiert vielmehr über den aktuellen Stand der Beratungen und über die getroffenen Feststellungen und Einschätzungen, um über die Grenzen der Kommission hinaus zu weiteren Überlegungen anzuregen. Die Kommission hat ihre weitere Arbeit bereits begonnen, dies betrifft die Themenfelder „Bildung und Arbeit“, „Bürgerschaftliches Engagement und Gesellschaftliche Teilhabe“ sowie „Infrastruktur und Daseinsvorsorge“. Damit zusammenhängende Fragen werden immer mit dem Fokus auf dem „Älter werden“ erörtert, und immer mit der Zielsetzung, konkrete Maßnahmen für die Landespolitik vorzuschlagen. Daraus und aus aktuellen Entwicklungen können sich wiederum neue Aspekte auch für die Feststellungen und Handlungsempfehlungen zu den Themenfeldern ergeben, die bereits Gegenstand des vorliegenden Zweiten Zwischenberichts bzw. des Zwischenberichts auf Drucksache 6/2929 waren.

Ich danke allen Kommissionsmitgliedern und ständigen Gästen, die die Arbeit der Enquete-Kommission unterstützt haben. Und ich danke auch allen Angehörten und Sachverständigen. Erst die Vielzahl an unterschiedlichen Sichtweisen, Erkenntnissen und Meinungen hat unsere Arbeit in der Enquete-Kommission ermöglicht.

Ich bin überzeugt, der Landtag kann sehr zufrieden sein mit unseren bisherigen Ergebnissen. Der zweite Zwischenbericht schafft anhand der gewonnenen Erkenntnisse eine eigenständige Beratungsgrundlage für den Landtag, um den anstehenden Herausforderungen gerecht zu werden. Wir freuen uns auf die weitere produktive Auseinandersetzung um die wesentlichen Zukunftsfragen.

Jörg Heydorn

Vorsitzender der Enquete-Kommission

„Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“

A Zusammensetzung und Arbeitsweise der Enquete-Kommission

Auf Antrag der Fraktionen von SPD und CDU hat der Landtag in seiner 8. Sitzung am 1. Februar 2012 die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ eingesetzt.¹

Mit dem Einsetzungsbeschluss übergab der Landtag der Enquete-Kommission den Auftrag, auf der Grundlage der bestehenden Erkenntnisse zum demografischen Wandel Maßnahmen zu empfehlen, die geeignet sind, den Teilhabe- und Versorgungsansprüchen einer älter werdenden Bevölkerung Rechnung zu tragen.² Als Schwerpunktthemen benennt der Einsetzungsbeschluss „Soziale Sicherung im Alter“, „Alter und Gesundheit“, „altersgerechtes Wohnen“, „Pflege“ und „Mobilität im Alter“. Die Enquete-Kommission soll sich über Grundfragen des Zusammenlebens verständigen. Das künftige Miteinander der verschiedenen Generationen, die Organisation von Chancengerechtigkeit sowie das Verhältnis von individueller Verantwortung und staatlicher Daseinsvorsorge sollen betrachtet werden. Ein Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hinsichtlich der Ausdehnung des Auftrags auf die Herausforderungen des demografischen Wandels insgesamt wurde durch den Landtag mehrheitlich abgelehnt.³

Die Enquete-Kommission besteht gemäß Einsetzungsbeschluss aus 21 Personen, die von den Fraktionen des Landtages entsprechend ihres Stärkeverhältnisses benannt wurden. Neben Mitgliedern des Landtages gehören ihr gemäß Enquete-Kommissions-Gesetz vom 9. Juli 2002 (EKG M-V, GVOBl. M-V S. 440) auch externe Sachkundige an.

Der erste Zwischenbericht zu den Themen „Lebenssituation Älterer“ und „Wohnen im Alter“ wurde von der Enquete-Kommission am 28. März 2014 mehrheitlich mit den Stimmen der durch die Fraktionen von SPD, CDU, DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN benannten Kommissionsmitglieder bei einer Gegenstimme seitens der Fraktion der NPD angenommen und auf Drucksache 6/2929 dem Plenum des Landtags zugeleitet. Der Landtag hat dazu in seiner 68. Sitzung am 14. Mai 2014 beraten und den Bericht verfahrensmäßig für erledigt erklärt.⁴

Im Anschluss an den ersten Zwischenbericht dokumentiert der hier vorliegende zweite Bericht die Arbeit der Enquete-Kommission für den Zeitraum vom 1. April 2014 bis 1. Oktober 2015. In dieser Zeit beschäftigte sich das Gremium mit den zwei Themenfeldern „Mobilität im Alter“ und „Alter und Gesundheit/Pflege“. Die Enquete-Kommission setzte sich aus folgenden parlamentarischen und nichtparlamentarischen Mitgliedern zusammen.

¹ Landtagsdrucksache 6/251.

² Die Fokussierung auf die Zielgruppe der „älter werdenden Bevölkerung“ wird in der Landtagsdrucksache 6/251 explizit festgelegt.

³ Landtagsdrucksache 6/286; Vgl. Plenarberatung Plenarprotokoll 6/8 vom 01. Februar 2012, S. 41-55; Annahme des Antrags auf Landtagsdrucksache 6/251. Ablehnung der Ziffern 1 bis 5 des Änderungsantrags auf Landtagsdrucksache 6/286, S. 55.

⁴ Protokoll der 68. Landtagssitzung in der 6. Wahlperiode am 14. Mai 2015, S.37ff.

Zusammensetzung der Enquete-Kommission:

21 stimmberechtigte parlamentarische und nichtparlamentarische Mitglieder

Vorsitzender: Heydorn, Jörg (SPD)

Stellv. Vorsitzende: Stramm, Karen (DIE LINKE)

| Benennende Fraktion | ordentliche Mitglieder | stellvertretende Mitglieder |
|---------------------|---|---|
| SPD | parlamentarische Mitglieder: Albrecht, Rainer (MdL) Barlen, Julian (MdL) Heydorn, Jörg (MdL) Tegtmeier, Martina (MdL) | Donig, Ingulf (MdL) (ab 09/2013) Kaselitz, Dagmar (MdL) (ab 04/2014) Saemann, Nils (MdL) (ab 09/2013) Wippermann, Susann (MdL) (ab 04/2014) |
| | nicht parlamentarische Mitglieder: Blank, Roland ⁵ Deiters, Thomas ⁶ Drecoll, Erika ⁷ Gagzow, Wolfgang ⁸ | Hercher, Liane (ab 09/2012) ⁹ Beyer, Thomas (ab 09/2012) ¹⁰ Paetow, Brigitte (ab 09/2012) ¹¹ Petau, Monika (ab 09/2012) |
| CDU | parlamentarische Mitglieder: Friemann-Jennert, Maika (MdL) Schubert, Bernd (MdL) Texter, Andreas (MdL) | Reinhardt, Marc (MdL) Schütt, Heino (MdL) Lindner, Detlef (MdL) (ab 11/2012) |
| | nicht parlamentarische Mitglieder: Schapper, Helmut ¹² Schröder, Jan Peter (bis 08/2014) ¹³ Köpp, Matthias (ab 09/2014) ¹⁴ Wiechert, Markus ¹⁵ | Jonitz, Dietmar (ab 04/2012) ¹⁶ Lagemann, Helga (11/2012 bis 08/2014) ¹⁷ Kaiser, Klaus-Dieter (ab 11/2012) ¹⁸ |

⁵ Leiter der Geschäftsstelle des Verbandes norddeutscher Wohnungsunternehmen e. V. in Schwerin, Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft Mecklenburgisch-Vorpommerscher Wohnungsunternehmen e. V.

⁶ Stellvertretender Geschäftsführer Städte- u. Gemeindetag M-V e. V.

⁷ Stellvertretende Vorsitzende Landesseniorenbeirat M-V e. V. (bis Oktober 2013).

⁸ Geschäftsführer Krankenhausgesellschaft M-V e. V.

⁹ Referentin Verband norddeutscher Wohnungsunternehmen e. V. in Schwerin.

¹⁰ Bürgermeister Hansestadt Wismar.

¹¹ Vorsitzende Landesseniorenbeirat M-V e. V. (bis Oktober 2013).

¹² LIGA Spitzenverband Freie Wohlfahrtspflege in M-V e. V.

¹³ Geschäftsführer Landkreistag M-V e. V.

¹⁴ Geschäftsführer Landkreistages M-V e. V.

¹⁵ Beauftragter der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Norddeutschland beim Landtag und der Landesregierung von Mecklenburg-Vorpommern.

¹⁶ Geschäftsführer DRK-Kreisverband Ludwigslust e. V.

¹⁷ Referentin Landkreistag M-V e. V.

¹⁸ Direktor Evangelische Akademie der Nordkirche.

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| DIE LINKE | parlamentarische Mitglieder: Dr. Al-Sabty, Hikmat (MdL) (bis 03/2014, ab 10/2015) Koplin, Torsten (MdL) (04/2014 bis 09/2015) Stramm, Karen (MdL) | Koplin, Torsten (MdL) (bis 3/2014, ab 10/2015) Dr. Al-Sabty, Hikmat (MdL) (04/2014 bis 09/2015) Bernhardt, Jacqueline (MdL) |
| | nicht parlamentarische Mitglieder: Dr. Syrbe, Barbara ¹⁹ Dr. Weiß, Wolfgang ²⁰ | Müller, Irene (ab 05/2012) ²¹ Dr. Speck, Andreas (ab 05/2012) ²² Glasow, Margit (ab 08/2015) |
| BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN | parlamentarische Mitglieder: Gajek, Silke (MdL) | Berger, Ulrike (MdL) (ab 04/2012) |
| | nicht parlamentarische Mitglieder: Dr. Hill, Renate ²³ | Dr. Krull, Petra (04/2012 bis 05/2014) ²⁴ Kistler, Anja (ab 06/2014) |
| NPD | parlamentarische Mitglieder: Köster, Stefan (MdL) | Andrejewski, Michael (MdL) |

| ständige Gäste | vertretene Institution/Behörde |
|--|--|
| Paetow, Brigitte (bis 10/2013) Rosenheinrich, Bernd (ab 01/2014) | Landesseniorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern e. V. |
| Dr. Zinnow, Pirko Kristin (bis 09/2013) Mertens, Herbert C. (i.V.) Laubner, Tilmann (ab 10/2014) | Staatskanzlei Mecklenburg-Vorpommern |
| Henke, Elvira | Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern |

Der Landtag Mecklenburg-Vorpommern hat in seiner 11. Sitzung am 6. März 2012 entsprechend § 5 Absatz 1 des Untersuchungsausschuss- und Enquete-Kommissions-Gesetz (UAG/EKG) auf Wahlvorschlag der Fraktionen der SPD und CDU den Abgeordneten Jörg Heydorn (SPD) zum Vorsitzenden und die Abgeordnete Karen Stramm auf Wahlvorschlag der Fraktion DIE LINKE zu dessen Stellvertreterin gewählt.²⁵ Die konstituierende Sitzung am 13. April 2012 wurde durch die 1. Vizepräsidentin des Landtags Mecklenburg-Vorpommern, Beate Schlupp, eröffnet. Die Fraktionen benannten Julian Barlen (SPD), Maika Friemann-Jennert (CDU), Karen Stramm (DIE LINKE), Silke Gajek (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) und Stefan Köster (NPD) als Obleute.²⁶

¹⁹ Landrätin Landkreis Vorpommern-Greifswald.

²⁰ Privatdozent Universität Greifswald.

²¹ Verband LAG Lebenshilfe Behinderter Rostock.

²² Geschäftsführer Landesverband Sozialpsychiatrie M-V e.V.

²³ Geschäftsführerin Landesfrauenrat M-V e. V. (bis Mai 2013).

²⁴ Fachstelle Gleichstellung beim Landesfrauenrat M-V e. V.

²⁵ Protokoll der 11. Landtagssitzung in der 6. Wahlperiode am 6. März 2012.

²⁶ Protokoll der 1. Sitzung der Enquete-Kommission am 13. April 2012, S. 5,7.

Am 30. Mai 2012 hat die Kommission in ihrer zweiten Sitzung beschlossen, die Vorsitzende des Landesseniorenbeirates, die Leiterin des für Demografie zuständigen Referates in der Staatskanzlei sowie die für Seniorenpolitik zuständige Referentin im Sozialministerium als ständige Gäste (mit beratender Stimme) zu allen Sitzungen einzuladen.

Die Enquete-Kommission verständigte sich darauf, die aus dem Einsetzungsauftrag resultierenden Themen in der folgenden Reihenfolge zu beraten:²⁷

- Wohnen im Alter
- Alter und Gesundheit/Pflege
- Mobilität im Alter
- Bildung/Arbeit
- Bürgerschaftliches Engagement/Gesellschaftliche Teilhabe
- Infrastruktur

Für jedes Themenfeld verabredete die Enquete-Kommission eine Vorgehensweise in vier Arbeitsschritten:²⁸

1. Festlegung der im Themenfeld zu bearbeitenden Fragestellungen - unter Einbeziehung der Ministerien, die ihre Grundpositionen und strategischen Ausrichtungen darlegen
2. Beauftragung einer Grundlagenexpertise zum jeweiligen Thema
3. Auswertung und ggf. Anhörung auf der Basis der Grundlagenexpertise
4. Konsensbildung und Beschlussfassung mit Vorschlägen für Umsetzungsziele und konkrete Maßnahmen zum jeweiligen Teil des Zwischen- und Endberichts

Neben dem im Einsetzungsbeschluss benannten Demografiebericht der Landesregierung haben die Mitglieder der Enquete-Kommission den Strategiebericht der IMAG Demografischer Wandel der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern²⁹ und den Bericht zur Umsetzung des Landesprogramms „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“³⁰ zum Ausgangspunkt ihrer Tätigkeit gemacht. Zudem wurde das Sekretariat der Enquete-Kommission personell in die IMAG eingebunden.

Um einen engen Austausch mit der Landesregierung zu gewährleisten, wurde die Berichterstattung der Fachressorts der zuständigen Ministerien zum jeweiligen Themenfeld beschlossen.³¹ Die Bearbeitung der Themen ist im Anhang als Beratungsverlauf chronologisch dargestellt.

Die Verwaltung des Landtages Mecklenburg-Vorpommern hat für die Enquete-Kommission ein Sekretariat mit folgender Besetzung zur Verfügung gestellt:

²⁷ Kommissionsdrucksache 6/9(neu).

²⁸ Ebenda.

²⁹ Landtagsdrucksache 5/4126.

³⁰ Landtagsdrucksache 6/1423.

³¹ Protokoll der 3. Landtagssitzung in der 6. Wahlperiode am 24. August 2012, S. 12.

| Leitung des Sekretariats | |
|---|-------------------------|
| Winkelmann, Knud | bis 12/2012, ab 03/2013 |
| Wittenberg, Ulrich | 12/2012 bis 03/2013 |
| wissenschaftliche Referentinnen und Referenten | |
| Bohnstedt, Wolfgang | ab 02/2012 |
| Franz, Silke | 09/2012 bis 4/2015 |
| Hagemann, Christiane | ab 09/2014 |
| Karsten, Kathrin | 02/2012 bis 09/2014 |
| Ludmann, Michaela | ab 05/2015 |
| Dr. Peters, Claudia | ab 01/2013 |
| Reil, Rolf | 03/2012 bis 10/2012 |
| Bürosachbearbeiterinnen | |
| Behnke, Jana | bis 12/2012 |
| Brandt, Anita | |
| Rust, Marlies | ab 02/2014 |

In den Fraktionen wurde die Kommissionsarbeit von folgenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern betreut:

| Fraktion | wissenschaftliche Referentinnen und Referenten | Bürosachbearbeiterinnen und Bürosachbearbeiter |
|---------------------------|--|---|
| SPD | Blum, Petra (bis 06/2012) Dr. Mose, Jörg (ab 01/2013) | Rakette, Edda (ab 04/2012) |
| CDU | Ehlers, Sebastian (bis 08/2013) Dr. Anders, Christian (ab 09/2013) | Abromeit-Roloff, Jana (02/2012 bis 11/2012) Gwiazda, Waija (ab 12/2012) |
| DIE LINKE | Petermann, Christian (bis 02/2014) Steffens, Sabine (ab 05/2014) | Ertel, Karin |
| BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN | Steinbach, Marc (03/2012 bis 7/2012; ab 03/2015) Thomas, Kerstin (08/2012 bis 02/2015) | Steinbach, Marc (08/2012 bis 2/2015) |
| NPD | Klawitter, Frank | |

Zu den Themenfeldern „Mobilität im Alter“ und „Alter und Gesundheit/Pflege“ wurden Impulsreferate, Expertenanhörungen und Workshops durchgeführt sowie Grundlagenexpertisen erstellt. Deutlich wurde in dieser zweiten Phase der Arbeit der Enquete-Kommission die Verzahnung der einzelnen Themenfelder miteinander. Im Zentrum der Beratungen der Kommission stand die Diskussion konkreter Handlungsempfehlungen zu „Mobilität im Alter“ und „Alter und Gesundheit/Pflege“. Ergebnis ist der vorliegende zweite Zwischenbericht, der in zwei Kapiteln beide Themenfelder erörtert und die Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission enthält.

B Themenfeld „Mobilität im Alter“

Die Sicherstellung von Mobilität wird als eine Kernaufgabe der Daseinsvorsorge angesehen.³² Es gilt, die von den Älteren gewünschte Mobilität bis ins hohe Alter zu ermöglichen und gleichzeitig Belastungen und Einschränkungen durch unfreiwillige (erzwungene) Mobilität soweit wie möglich zu reduzieren.³³ Mobilität beinhaltet viele verschiedene Facetten. Der in diesem Kontext verwendete Mobilitätsbegriff umfasst neben der tatsächlichen räumlichen Fortbewegung auch die körperliche bzw. geistige Mobilitätsfähigkeit, das materielle Mobilitätspotenzial sowie die virtuelle bzw. kommunikative Mobilität.³⁴ Verkehr dagegen bezeichnet die Handlungen, Mittel und Infrastrukturen, die Mobilität erst ermöglichen. Verkehr sollte daher von seiner Bedeutung für die Gewährleistung von außerhäuslicher Mobilität her gedacht werden.

Bereits der Fünfte Bericht zur Lage der älteren Generation 2005 verdeutlicht, dass Mobilität ein menschliches Grundbedürfnis und eine entscheidende Grundvoraussetzung für Selbstständigkeit und gesellschaftliche Partizipation auch im Alter ist.³⁵ Insbesondere außerhäusliche Mobilität ermöglicht eine eigenständige Lebensführung, Teilhabe an sozialen und kulturellen Aktivitäten, den Zugriff auf unverzichtbare Güter und Dienstleistungen wie auch die Verankerung vor Ort. Mobilität spielt somit im individuellen sowie im gesellschaftlichen Kontext des Alterns eine bedeutende Rolle.³⁶ Sie kann entscheidend zur Unabhängigkeit, Lebensfreude und Lebenszufriedenheit im Alter beitragen und auch den Gesundheitszustand positiv beeinflussen. Umgekehrt gehen Mobilitätseinbußen immer mit einem Verlust an Lebensqualität einher.³⁷

Ältere Menschen stellen hinsichtlich ihres spezifischen Risikoverhaltens sowie ihrer Mobilitäts- und Leistungsfähigkeit keine homogene Gruppe dar. Es ist nicht von einer gleichmäßigen Verminderung der Wahrnehmungs- und Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Lebensalter auszugehen, obwohl mit zunehmendem Alter Mobilitätsbeschränkungen immer wahrscheinlicher werden.³⁸ Veränderungen der Aktivitäts- und Mobilitätsmuster Älterer ergeben sich aber auch aus sich verändernden Wohnortpräferenzen, Haushaltsstrukturen und Lebensstilen. Ältere unterscheiden sich auch hinsichtlich ihrer individuell verfügbaren wirtschaftlichen Ressourcen. Die Lebensverhältnisse der künftigen Älteren gestalten sich aller Wahrscheinlichkeit nach schlechter als die der heutigen Rentnergeneration.³⁹ Hinsichtlich ihres Mobilitätsverhaltens sind die „künftigen Älteren“ nicht mit den „heutigen Alten“ bzw.

³² Bundestagsdrucksache 17/7699, S. 186; Faller et al. 2014, S. 14.

³³ Anmerkung: Unfreiwillige (erzwungene) Mobilität steht im Gegensatz zu freiwilliger Mobilität und ist durch strukturelle Faktoren, wie Wegezweck und Wegedistanz bestimmt, um Ziele der täglichen Versorgung zu erreichen, wobei es keine Wahlmöglichkeit bei den Verkehrsmitteln gibt; Vgl. dazu Difu und plan:mobil 2015, S. 15f (=immer Kommissionsdrucksache 6/36).

³⁴ Baumgartner et al. 2013, S. 79f; Difu und plan:mobil 2015, S. 15f; Claßen et al. 2014, S. 61f zum Mobilitätsbegriff: Verkehr bezeichnet Mittel und Infrastrukturen, die Mobilität erst ermöglichen.

³⁵ BMFSFJ 2005 (Fünfter Altenbericht), S. 240.

³⁶ Claßen et al. 2014, S. 59; BMFSFJ 2005 (Fünfter Altenbericht) S. 240; Baumgartner et al. 2013, S. 79; Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 13; Protokoll der 24. Sitzung Enquete-Kommission am 27. Juni 2014, S. 13, Beitrag Krause.

³⁷ BMFSFJ 2005 (Fünfter Altenbericht), S. 240; Wilde 2014, S. 154.

³⁸ Rudinger und Kocherscheid 2011, S. 11f; Difu und plan:mobil 2015, S. 18ff; Hefter und Götz 2013, S. 21ff.

³⁹ Landtagsdrucksache 6/2929, S. 17ff.

den „Alten von gestern“ zu vergleichen.⁴⁰ So werden Ältere heute und in Zukunft ganz unterschiedliche Anforderungen an ihre eigene Mobilität stellen.⁴¹

Die Alterung unserer Gesellschaft lässt neue konzeptionelle Anforderungen entstehen. Dem Wunsch nach lebenslanger Mobilität und Teilhabe stehen mit zunehmendem Alter einhergehende Gesundheits- und Leistungseinbußen (sensorische, motorische und kognitive) gegenüber, die sich einschränkend auf die individuelle Mobilität auswirken können.⁴² Vor dem Hintergrund des steigenden Anteils älterer und mobilitätseingeschränkter Menschen entsteht die Notwendigkeit eines altengerechten und sicheren (Verkehrs)Umfeldes.⁴³ Auch gewinnen Mobilitätsalternativen zur Pkw-Nutzung an Bedeutung. Die Ermöglichung und der Erhalt von Mobilität sind entscheidend für eine angemessene Gestaltung des dritten Lebensabschnittes, ansonsten drohen Einsamkeit, Isolation und/oder Passivität.⁴⁴

Die Gewährleistung der Mobilität für Menschen, die in ländlichen, an öffentliche Verkehrsmittel schlecht angebundenen Gemeinden leben und nicht über ein eigenes Auto verfügen, ist eine besondere Herausforderung für Mecklenburg-Vorpommern. Der Rückgang von Nahversorgungsangeboten, das Wegbrechen von Begegnungsmöglichkeiten vor Ort und das Ausdünnen von Gesundheitsangeboten verschärfen die Situation. Steigende Energiepreise, sinkende Alterseinkommen, eine sich verschlechternde öffentliche Finanzausstattung sowie sich ändernde Mobilitätsgewohnheiten sind ebenfalls Entwicklungen, die diese Aufgabe dringlicher machen.⁴⁵

Eine im Auftrag der Enquete-Kommission erstellte Grundlagenexpertise⁴⁶ diente der Untersuchung der Mobilitätsrealität Älterer in Mecklenburg-Vorpommern. Verschiedene Verkehrs- und Mobilitätsoptionen Älterer wurden betrachtet und die bestehenden Modellvorhaben, Förder- und Finanzierungsinstrumente - soweit möglich - evaluiert. Ein wesentlicher Aspekt ist hierbei der Mobilitätserhalt in den dünn besiedelten, ländlichen Regionen. Im Fokus standen insbesondere ältere Personen, die körperlich eingeschränkt sind, Fahrzeuge (Pkw, Fahrrad) selbst nicht mehr lenken können bzw. über kein eigenes Fahrzeug verfügen und nicht auf Familienangehörige oder Bekannte zurückgreifen können.⁴⁷ Die Expertise untersucht zudem ausgewählte Mobilitätsaspekte in zwei Lupenregionen (Ludwigslust-Parchim und Vorpommern-Greifswald) die unterschiedliche raumstrukturelle Gegebenheiten ländlicher Räume in Mecklenburg-Vorpommern widerspiegeln. Im Rahmen von Expertenanhörungen⁴⁸ und Workshops⁴⁹ wurden einzelne Frage- und Problemstellungen, adaptierbare Modellprojekte und Erfahrungswerte aus ländlichen Regionen vertiefend erörtert.

⁴⁰ Beckmann 2013, S. 43; Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission am 27. Juni 2014, S. 7, Beitrag Rudinger.

⁴¹ Difu und plan:mobil 2015, S. 18.

⁴² Rudinger und Kocherscheid 2011, S. 10; Protokoll der 25. Sitzung der Enquete-Kommission am 12. September 2014, S.7, Beitrag Gies; Difu und plan:mobil 2015, S. 20.

⁴³ Bundestagsdrucksache 17/7699, S. 187; Claßen et al. 2014, S. 59.

⁴⁴ Claßen et al. 2014, S. 59.

⁴⁵ Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission am 27. Juni 2014, S. 8, Beitrag Rudinger, S. 12, Beitrag Hunsicker; Baumgartner et al. 2013, S. 190.

⁴⁶ Difu und plan:mobil 2015.

⁴⁷ Beckmann 2013, S. 43.

⁴⁸ Protokolle der Enquete-Kommission von der 24. Sitzung vom 27. Juni 2014 und 31. Sitzung vom 23. Januar 2015.

⁴⁹ Workshop in Parchim am 22. September 2014 und in Anklam am 06. Oktober 2014.

B.1 Mobilitätsrealität älterer Menschen in Mecklenburg-Vorpommern

Mobilitätsverhalten, Mobilitätsbedürfnisse und daraus resultierende Mobilitätsanforderungen älterer Menschen werden maßgeblich von raumstrukturellen Faktoren und lebensnotwendigen Versorgungs- und Dienstleistungsstrukturen bestimmt.⁵⁰ Der Alltag in den ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns erfordert heute oft die Überwindung größerer Distanzen. Dezentrale Strukturen, die Verringerung der Anzahl zentraler Orte und der Infrastrukturangebote haben eine Reihe von nachteiligen Wirkungen für die Organisation des Verkehrs.⁵¹ Spannungsfelder sind insbesondere die demografisch bedingten Verschiebungen zwischen Angebot und Nachfrage sowie die Diskrepanz zwischen Einnahmen und Ausgaben.

Die Mobilität Älterer lässt sich nur bedingt an bestimmten Altersgrenzen festmachen.⁵² In der Regel ist jedoch die steigende Lebenserwartung mit einem Gewinn an aktiven Jahren verbunden. Altersbedingte Gesundheits- und Leistungseinbußen verschieben sich in ein immer höheres Lebensalter. Zentrale Mobilitätskenngrößen der für Mecklenburg Vorpommern relevanten Studien „Mobilität in Deutschland“ (MiD 2002/2008)⁵³ und „Mobilitätsoptionen Älterer im ländlichen Raum“ (ADAC-Studie 2014)⁵⁴, beschreiben eine immer mobilere ältere Generation. Absehbar ist, dass die künftigen Älteren ihre sozialen Kontakte nicht nur im virtuellen Netz pflegen, sondern auch über größere räumliche Distanzen hinweg sozial mobil bleiben wollen.⁵⁵

Nicht definierte Altersgrenzen sondern individuelle Lebensgewohnheiten sind dabei mobilitätsbestimmend. Auch wenn mit älteren Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmern oft ein erhöhtes Risikopotenzial bzw. eine erhöhte Unfallexposition assoziiert wird, ist die deutsche Gesetzgebung in ihren Grundsätzen altersunspezifisch angelegt. In den landesrechtlichen Straßen- und Wegegesetzen sowie in der öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV)-Landesgesetzgebung werden die Belange älterer Menschen nur erwähnt.⁵⁶ Als Voraussetzung für die Beibehaltung der Fahrerlaubnis gibt es in Deutschland keine obligatorischen Altersgrenzen oder Fahrtauglichkeitschecks für alte Menschen.⁵⁷ Anders wird dies in der Schweiz mit regelmäßigen Überprüfungen der Fahrtauglichkeit ab dem 70. Lebensjahr, in Irland mit Altersgrenzen und potenziellen Verlängerungsoptionen oder in den Niederlanden mit restriktiven kalendarischen Grenzen ohne Ausnahme gehandhabt.⁵⁸ Die deutsche Rechtslage sieht ältere Menschen in der Eigenverantwortung bzgl. der Einschätzung der eigenen Fahrtauglichkeit.⁵⁹

⁵⁰ Hefter und Götz 2013, S. 45f.

⁵¹ Difu und plan:mobil 2015, S. 60: Dies führt zu immer höher werdenden Verkehrsaufwänden und darüber hinaus zu steigenden pro Kopf-Kosten für die vorzuhaltende Verkehrsinfrastruktur.

⁵² Protokoll der 25. Sitzung der Enquete-Kommission am 12. September 2014, S. 7, Beitrag Gies; Gipp, Nienaber und Schifforst 2014 2014, S. 13.

⁵³ Follmer und Brand 2010.

⁵⁴ Gipp, Nienaber und Schifforst 2014.

⁵⁵ Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission am 27. Juni 2014, S. 7, Beitrag Rudinger

⁵⁶ Bundestagsdrucksache 17/3815, S. 400; Difu und plan:mobil 2015, S. 52, 53 mit Bezug zum novellierten PBefG sowie ÖPNVG M-V.

⁵⁷ Difu und plan:mobil 2015, S. 169; Bundestagsdrucksache 17/3815, S. 377.

⁵⁸ Bundestagsdrucksache 17/3815, S. 389f, u. a. mit einer Übersicht zu kalendarischen Grenzen für die Fahrtauglichkeit in Europa.

⁵⁹ vgl. auch Bundestagsdrucksache 17/3815, S. 389; Rudinger und Kocherscheid 2011, S. 11; Anm.: Verpflichtende Leistungsüberprüfungen für ältere Kraftfahrer werden kritisch gesehen. Allerdings existieren freiwillige Prüfmöglichkeiten. Altersgrenzen und eine befristete Gültigkeitsdauer gibt es in Deutschland lediglich für den Führerschein der Klasse C.

Studien zur Mobilität Älterer beschreiben die Lebensphase des „Alters“, ohne dabei trennscharf und einheitlich abzugrenzen. Die in diesem Bericht weitgehend zugrunde gelegte Kategorisierung von jüngeren Älteren, Älteren und Hochbetagten⁶⁰ bildet nur ungenau die mannigfaltige Realität von Mobilität der Älteren als Verkehrsteilnehmer ab.⁶¹ Anstelle des gesetzlichen Renteneintrittsalters ist eher der tatsächliche Übergang vom Berufsleben in den „Ruhestand“ mobilitätsrelevant, da mit diesem Schritt oftmals Änderungen von Alltags- und Mobilitätsroutinen einhergehen. Mit steigendem Alter wird eine Zunahme von Krankheiten und altersbedingten Mobilitätseinschränkungen wahrscheinlicher. So fühlen sich 50 bis 59-Jährige nur zu 18 Prozent in ihrer Mobilität eingeschränkt, während es in der Altersgruppe ab 75 Jahren mit 45 Prozent schon fast die Hälfte aller Befragten ist.⁶² Insofern wird hinsichtlich relevanter Fähigkeiten für Mobilität auf folgende vereinfachte, prototypische Alterskategorisierung zurückgegriffen. Unterschieden werden drei mobilitätsrelevante Altersgruppen unter Berücksichtigung der Lebensphasen:⁶³

- fitte Ältere, deren Mobilität sich kaum von der übrigen Bevölkerung unterscheidet (Ziele und Aktivitäten schon, z. B. keine Wege zur Arbeit aber dafür mehr Freizeitwege); i. d. R. 50 bis 65-Jährige
- Ältere mit leichten altersbedingten Beeinträchtigungen und Unsicherheiten bei der Nutzung von Verkehrsmitteln, noch ohne wesentliche Mobilitätsbeeinträchtigungen; i. d. R. 65 bis 80-Jährige
- Ältere mit deutlich altersbedingten (physischen und/oder kognitiven) Beeinträchtigungen, die den Mobilitätsanforderungen anderer in ihrer Mobilität beeinträchtigten Menschen ähneln (Barrierefreiheit, Lichtverhältnisse, Beschilderungen); i. d. R. über 80-Jährige

Ältere legen durchschnittlich weniger Wege zurück und weisen eine geringere Mobilitätsquote auf als jüngere Altersgruppen. Mit dem Eintritt in das Rentenalter ist ein zunächst leichter, in höherem Alter dann stärkerer Rückgang der Mobilität zu verzeichnen. Durch den Wegfall längerer Arbeitswege nach der Verrentung und mit zunehmenden altersbedingten Mobilitätseinschränkungen spielt die Nahraumorientierung und damit die Nahraummobilität eine wichtigere Rolle.⁶⁴ Die Angst, Barrieren nicht mehr überwinden zu können, führt zum Rückzug in noch beherrschbare Bewegungsräume. Auch finden sich ältere Menschen in einer komplexer und schneller werdenden Mobilitätswelt häufig nicht mehr so gut zurecht.⁶⁵

Mit Blick auf die zurückgelegten Wege dominiert die Autonutzung bei den über 60-Jährigen. Mehr als die Hälfte aller Wege werden auch im Alter mit dem Pkw (als Fahrer oder Mitfahrer) zurückgelegt. Je jünger die Befragten sind, desto deutlicher steht das eigene Fahren

⁶⁰ Landtagsdrucksache 6/2929, S. 9.

⁶¹ Hefter und Götz 2013, S. 21ff; Difu und plan:mobil 2015, S. 17ff.

⁶² Difu und plan:mobil 2015, S. 19 (zit. nach Follmer et al. 2010, S. 28).

⁶³ BMVBS 2010, S. 30.

⁶⁴ Difu und plan:mobil 2015, S. 22 dazu: Unter Nahraummobilität fasst die Verkehrswissenschaft die Mobilität zu Fuß und mit dem Rad im Umfeld der Wohnung zusammen – in der Stadt aufgrund der Dichte der Wegeziele eher nur mit Alltagswegen im Siedlungsgebiet verbunden, auf dem Dorf auch mit längeren Distanzen außerorts, auch bezeichnet als Nachbarortsmobilität.

⁶⁵ Hefter und Götz 2013, S. 6.

des Pkw im Vordergrund, während mit zunehmendem Alter das Mitfahren relevanter wird. In der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen werden noch die Hälfte aller Wege mit dem Pkw durchgeführt (Fahrer und Mitfahrer zusammengenommen), bei den über 75-Jährigen sind es weniger als ein Drittel. Nicht nur das aktive Fahren nimmt deutlich ab, sondern auch das Mitfahren.⁶⁶

Trotz der hohen Abhängigkeit vom Pkw findet in den ländlichen Regionen die Mobilität älterer Menschen im Alltag häufig nichtmotorisiert statt.⁶⁷ Das Zufußgehen, das Fahrrad und der ÖPNV gewinnen mit zunehmendem Alter eine größere Bedeutung. Mehr als jeder vierte Weg findet ausschließlich zu Fuß statt (28 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern, bundesweit 24 Prozent)⁶⁸; zwei Drittel der Fußwege werden i. d. R. im nahen Wohnumfeld zurückgelegt.⁶⁹

In Mecklenburg-Vorpommern hat das Fahrrad eine gewachsene Bedeutung bei den alltäglichen Wegen. 14 Prozent (bundesweit 10 Prozent) aller Wege werden von den über 75-Jährigen mit dem Fahrrad zurückgelegt. Die alltägliche Nutzung des Fahrrades liegt auch daran, dass Ältere und Frauen häufig entweder nicht über eine Fahrerlaubnis verfügen oder keinen Zugriff auf einen eigenen Pkw haben.⁷⁰

Bus und Bahn spielen dagegen nur eine untergeordnete Rolle für die befragten Älteren im ländlichen Raum und erzielen erst bei den über 75-Jährigen einen signifikant höheren Anteil, was die Bedeutung des ÖPNV für die Altersgruppe der „alten Alten“ erkennen lässt.⁷¹ Bei den Wegezwecken Arztbesuch und Ausflüge hat das Taxi eine unerwartet hohe Bedeutung erlangt.⁷²

⁶⁶ Difu und plan:mobil 2015, S. 62.

⁶⁷ Difu und plan:mobil 2015, S. 63.

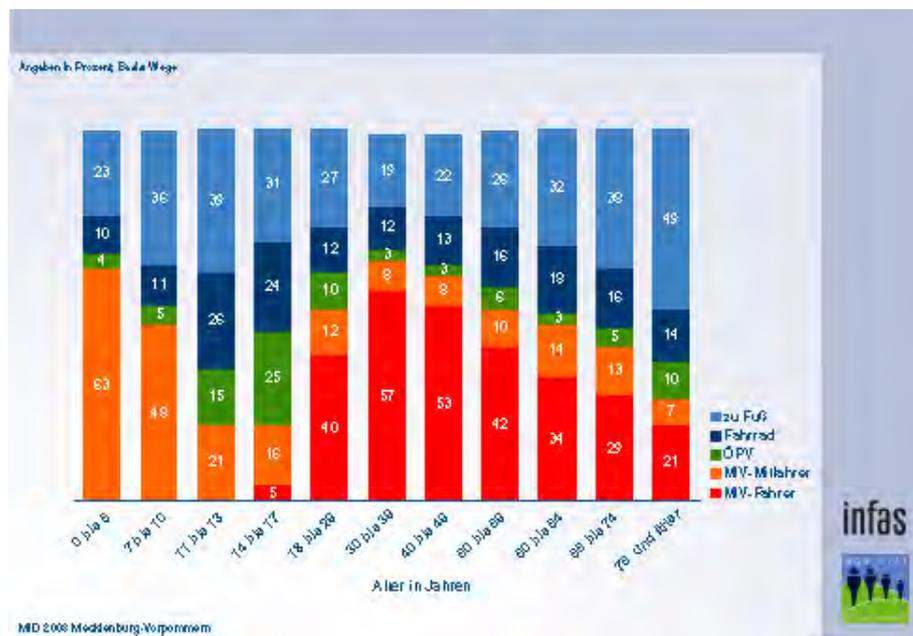
⁶⁸ Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014, S.14, Beitrag Krause

⁶⁹ Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014, Präsentation Rudinger

⁷⁰ Difu und plan:mobil 2015, S. 29f, S.30 dazu: Die Haushalte sind gut mit Fahrrädern ausgestattet: 86 Prozent besitzen mindestens ein Fahrrad, in 29 Prozent der Haushalte sind sogar drei oder mehr Fahrräder vorhanden.

⁷¹ Follmer und Brand 2010, S. 42 ff.

⁷² Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission am 23. Januar 2015, S. 6, Beitrag Gipp; Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 26.

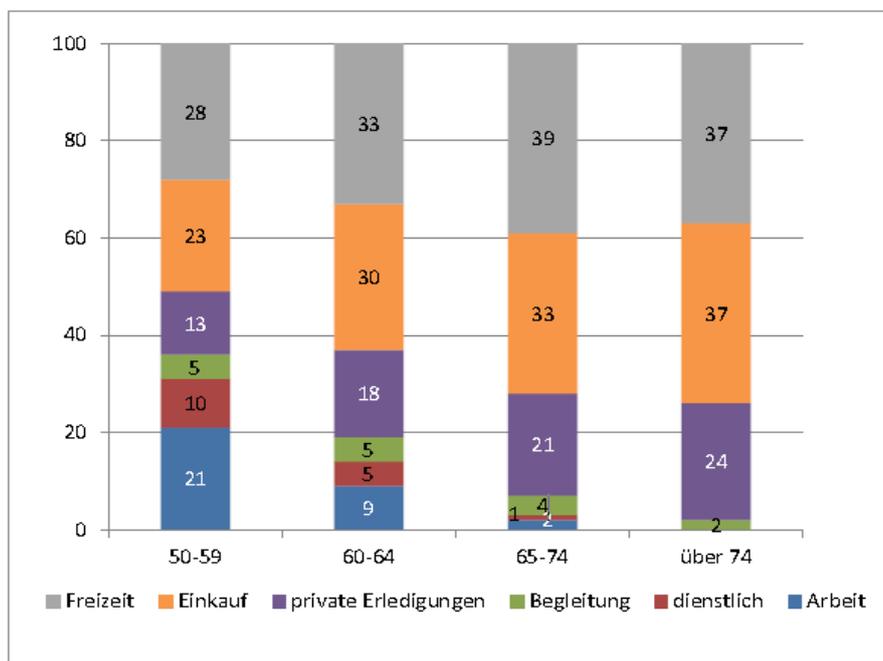
Abb. 23: Mobilitätsverhalten älterer Menschen (Modal Split)

Quelle: Follmer und Brand 2010, S. 52

Die heutigen älteren Menschen gehen im Vergleich zu den früheren Generationen häufiger aus dem Haus und legen mehr und weitere Wege pro Tag zurück.⁷³ Bei älteren Menschen dominieren im Wesentlichen zwei Wegezwecke: Freizeit und Einkaufswege mit einem Anteil von über 30 Prozent. Es folgen private Erledigungen (z. B. Arztbesuche) mit Anteilen von über 20 Prozent (bei den älteren Altersgruppen ansteigend).⁷⁴

⁷³ Difu und plan:mobil 2015, S. 32; Follmer und Brand 2010, S. 49.

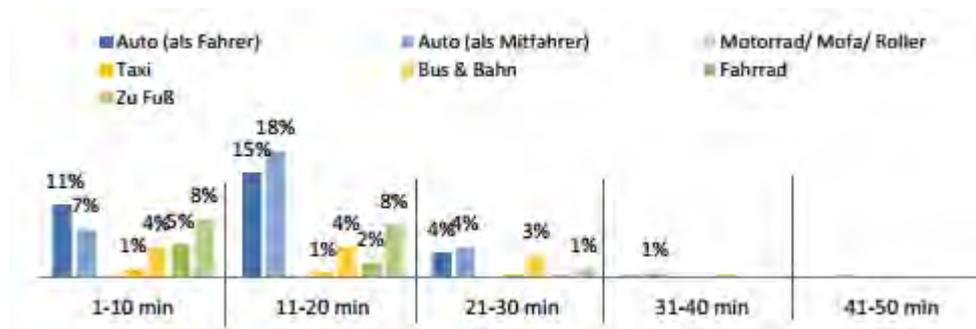
⁷⁴ Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 26.

Abb. 24: Wegezwecke nach Altersgruppen

Quelle: Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 26 (nach INFAS & DLR, 2010)

Die Verkehrsmittelwahl ist abhängig von den Wegezwecken. Befragte Ältere nutzen mehrheitlich als Fahrer oder Mitfahrer den Pkw um Einkaufsmöglichkeiten in elf bis 20 minütiger Entfernung vom Wohnort zu erreichen. Bei Zielen unter zehn Minuten steigt die Anzahl der Fußgänger und Radfahrer. Das verdeutlicht den Unterschied in der Grundversorgung von Stadt und Land. Während in städtischen Räumen Grundversorgungseinrichtungen häufig zu Fuß gut erreichbar sind, ist man in ländlichen Regionen auf die Nutzung eines Pkw oder anderer motorisierter Verkehrsmittel angewiesen.⁷⁵

⁷⁵ Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 20; Burmeister 2007: Durch eine Befragung älterer Radfahrender in den Kreisen Demmin und Westmecklenburg wurde die hohe Relevanz des ländlichen Radverkehrs Älterer bei alltäglichen Besorgungen nachgewiesen.

Abb. 25: Zeitentfernungen bezogen auf Verkehrsmittel, Wegezweck und Einkauf

Quelle: Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 20

B.1.1 Motorisierter Individualverkehr (MIV)

Unsere Gesellschaft präferiert das eigene Auto im Alter. Der Pkw hat eine herausragende Bedeutung für die Mobilität Älterer im ländlichen Raum. Die funktionale Dominanz und die emotionale Abhängigkeit von der Pkw-Nutzung⁷⁶ zeigt sich u. a. in der Zunahme des Führerscheinbesitzes wie auch der Pkw-Verfügbarkeit bei den jüngeren Alten. Auffallend ist die geringere Häufigkeit von Führerscheinbesitz und Pkw-Verfügbarkeit bei älteren Frauen. Diese Entwicklung wird sich bei den nachrückenden Rentnergenerationen deutlich abschwächen.⁷⁷ Zur Zeit verfügt rund jeder vierte Haushalt in Mecklenburg-Vorpommern über keinen eigenen Pkw.⁷⁸ Am höchsten ist der Anteil der Haushalte ohne Pkw bei den älteren Alleinlebenden; in der Altersgruppe der über 60-Jährigen verfügen drei von fünf Haushalten heute über kein eigenes Auto.⁷⁹ Ältere alleinstehende Frauen im ländlichen Raum sind hiervon stärker betroffen als Männer und damit in besonderem Maße auf Alternativen zum eigenen Pkw angewiesen.⁸⁰ Ab dem Alter von 60 Jahren beginnt die Bedeutung des Pkw stetig zurückzugehen, auch wenn die Altersgruppe der 65 bis 74-Jährigen immer noch 43 Prozent der Wege mit dem Pkw (Fahrer und Mitfahrer) zurücklegt.⁸¹

Wenn ein beachtlicher Anteil der (ländlichen) Bevölkerung künftig von den Effekten der Altersarmut betroffen sein wird,⁸² wird sich das auch auf den Motorisierungsgrad der Älteren auswirken. 61 Prozent der Haushalte mit dem geringsten monatlichen Nettoeinkommen, darunter zahlreiche Haushalte älterer Menschen, besitzen keinen eigenen Pkw.⁸³ Mobilität der Älteren findet also überwiegend ohne eigenes Auto statt. Viele Ältere sind und werden auf öffentliche Mobilitätsangebote angewiesen sein und sollten als potentielle Kunden mit einem attraktiven Angebot stärker umworben werden.⁸⁴

⁷⁶ Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014, S. 7, Beitrag Rudinger.

⁷⁷ Difu und plan:mobil 2015, S. 29.

⁷⁸ Follmer und Brand 2010, S. 18.; Difu und plan:mobil 2015, S. 28: Wenn auch die Pkw-Verfügbarkeit seit der MiD 2002 gestiegen ist, so ist Mecklenburg-Vorpommern verglichen mit der bundesweiten Situation noch unterdurchschnittlich motorisiert. vgl. Difu und plan:mobil 2015, S. 63.

⁷⁹ Follmer und Brand 2010, S. 18; Difu und plan:mobil 2015, S. 28.

⁸⁰ Difu und plan:mobil 2015, S. 28.

⁸¹ Follmer und Brand 2010, S. 52, Abb. 29

⁸² Landtagsdrucksache 6/2929, S. 17ff.

⁸³ Follmer und Brand 2010, S. 19.

⁸⁴ Difu und plan:mobil 2015, S. 29.

Abb. 26: Führerscheinbesitz nach Geschlecht und Altersgruppen

Quelle: Follmer und Brand 2010, S. 20

Der mit hohem Alter abnehmende Führerscheinbesitz führt zu einer höheren Abhängigkeit vom Pkw Dritter. Wenn ältere Menschen nicht mehr selbst Autofahren können und keine Alternative in Form eines bedarfsgerechten ÖPNV-Angebots zur Verfügung steht, sind sie auf privat organisierte Fahrdienste von Familienmitgliedern, Verwandten oder Nachbarn (subsumiert unter Begleitmobilität) angewiesen. Viele der zusätzlichen Begleitfahrten werden von Frauen übernommen.⁸⁵ Problematisch wird Begleitmobilität dann, wenn diese sich auf nur wenige Personen konzentriert oder zur Mehrfachbelastung für Familienangehörige wird.

Naheliegender ist hier die Forderung nach eigenständiger Mobilität durch mehr bedarfsgerechte, erweiterte ÖPNV-Angebote, halb-anonyme Mitfahrgelegenheiten und organisierte Gemeinschaftsverkehre, wie sie in Modellvorhaben und kleinen Initiativen vor Ort bereits erfolgreich erprobt werden.⁸⁶ Auch wenn solche neuen Angebote über internetgestützte Mitfahrportale bereits Verbreitung finden, gehen sie noch weitgehend an der älteren, eher autoaffinen Generation vorbei.⁸⁷

⁸⁵ Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 23.

⁸⁶ Vgl. u. a. Gesetz über den öffentlichen Personennahverkehr in Mecklenburg-Vorpommern (ÖPNVG M-V) vom 15. November 1995 (GVOBl. M-V 1995, 550) § 2 zur bedarfsgerechten Versorgung auch in dünn besiedelten Räumen; Difu und plan:mobil 2015, S. 122ff; Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2017, S. 7, Beitrag Gipp und S. 18, Beitrag Brohm.

⁸⁷ Vgl. auch Difu und plan:mobil 2015, S. 23ff; Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 46; Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2017, S. 6f, Beitrag Gipp.

B.1.2 Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV)

Dem öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV)⁸⁸ fällt somit eine wachsende Bedeutung zu. Er ist für ältere, insbesondere für hochbetagte Menschen oft die einzig mögliche Form einer selbstbestimmten Mobilität, vor allem wenn längere Distanzen überwunden werden müssen. Allerdings ist diese Form einer sozialverträglichen Mobilitätssicherung im dünn besiedelten ländlichen Raum kaum noch kostendeckend zu betreiben.

Innerhalb Mecklenburg-Vorpommerns gibt es einen deutlichen Qualitätsunterschied im ÖPNV-Angebot.⁸⁹ Das heutige ÖPNV-Angebot ist ein Kompromiss aus den begrenzten finanziellen Handlungsmöglichkeiten und dem politischen Anspruch, die Fläche zu bedienen. Städtische Standards eines dichten, flächenerschließenden (Takt-)Netzes sind undenkbar für die ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns.⁹⁰ Häufig besteht der ÖPNV weitgehend aus dem für Ältere zeitlich weniger attraktiven und zudem stetig zurückgehenden Schülerverkehr. Die Kostenerstattung für die Schülerbeförderung ist insbesondere in den nachfrageschwachen ländlichen Regionen zu einer wesentlichen Einnahmequelle geworden.⁹¹ Außerhalb der Schulzeiten, d. h. in den Tagesrandzeiten, am Wochenende oder in den Ferien, ist das Angebot ausgedünnt oder fehlt ganz. Besonders problematisch stellt sich die Situation abseits der Hauptlinien in vielen kleinen Dörfern dar.⁹² Es gibt einen sehr großen Qualitätsunterschied im ÖPNV-Angebot zwischen den urbanen Zentren und dem nachfrageschwachen, ländlichen Räumen, wo das Angebot häufig auf deutlich unter sechs Fahrten pro Tag fällt.⁹³ Nur die überregionalen Verkehre weisen eine ausreichende Angebotsdichte auf. Teilweise deckt der Schülerverkehr in ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns einen Anteil von bis zu 90 Prozent des Gesamtangebots ab. Faktisch orientieren sich Linienführungen und Fahrplan vielfach an Schülerverkehrsbedarfen und somit an Schulstandorten.⁹⁴ Der Rückgang der Schülerzahlen gefährdet in vielen Regionen die wirtschaftliche Tragfähigkeit des ÖPNV und bindet zugleich enorme Ressourcen.⁹⁵ Daher wird von einer weiteren Angebotsausdünnung ungeachtet der zugleich steigenden Nachfrage durch ältere Menschen ausgegangen.⁹⁶

Auffällig ist auch eine fehlende Abstimmung zwischen Bus- und Bahnverkehr (z. B. über einen Integralen Taktfahrplan, ITF), obwohl eine räumliche Verknüpfung der zentralen

⁸⁸ Difu und plan:mobil 2015, S. 45: ÖPNV wird als Oberbegriff verwendet, der den Schienenpersonennahverkehr (SPNV) als auch den ÖPNV „auf der Straße“ (Busse, Straßen- und Stadtbahnen, also den straßengebundenen ÖPNV), in der Sprachregelung des Landes nach § 3 Absatz 3 ÖPNVG M-V auch „sonstiger ÖPNV“ genannt, beinhaltet. Die Unterscheidung von SPNV und straßengebundenem ÖPNV markiert Unterschiede im rechtlichen Handlungsrahmen sowie bei den Zuständigkeiten.

⁸⁹ Difu und plan:mobil 2015, S. 70ff.

⁹⁰ Faller et al. 2014, S. 19f; vgl. auch Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S. 31, Beitrag Lösel, S. 7, Beitrag Gipp.

⁹¹ Difu und plan:mobil 2015, S. 57f: Bei der Fahrplangestaltung sind die Regelungen des Schulgesetzes bezüglich zumutbarer Wartezeiten zu beachten. Insofern liegt eine Mehrebenen-Verflechtung vor (Schulkonferenz der Schule, Gemeinden, Landkreis, Land etc.).

⁹² Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S. 23, Beitrag Lösel.

⁹³ Difu und plan:mobil 2015, S. 70.

⁹⁴ Difu und plan:mobil 2015, S. 57f; Faller et al. 2014, S. 9, Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S. 23, Beitrag Lösel.

⁹⁵ Difu und plan:mobil 2015, S. 57f; Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S. 10, Beitrag Brohm; S. 27, Beitrag Thiele; vgl. auch Faller et al. 2014, S. 9.

⁹⁶ Difu und plan:mobil 2015, S. 38.

Omnibusbahnhöfe und der Bahnhöfe gegeben ist. Gleichzeitig gibt es in einigen Regionen Parallelverkehre von Schiene und Bus. Insbesondere in Gemeinden unter 5.000 Einwohner sind die Anbindungen an den ÖPNV schlecht.⁹⁷ Aufgrund sinkender Nachfrage gelingt es in den dünn besiedelten Regionen immer weniger, ein wirtschaftlich vertretbares ÖPNV-Angebot zur Verfügung zu stellen.⁹⁸ Schon heute zeigt sich, dass der konventionelle Linienverkehr wenig geeignet ist, kleine Nachfragemengen flexibel und effizient zu abzudecken.⁹⁹ Gerade in dünn besiedelten Gebieten aber wohnen hauptsächlich ältere Menschen in teils prekären Lebensverhältnissen.¹⁰⁰

Wer (noch) fahren kann und über einen Pkw verfügt oder Zugriff darauf hat, fährt im ländlichen Raum deshalb zumeist Auto.¹⁰¹ Das sichert eine gewisse Mobilität, aber nicht in jedem Fall Unabhängigkeit, Selbstbestimmtheit und ausreichende Verkehrssicherheit.¹⁰² Die Fokussierung auf den Pkw wird durch die stärker werdende Ausrichtung der Lebensmitteldiscounter auf zentrale Orte unterstützt. Kleinere Lebensmittelanbieter im unmittelbaren Wohnumfeld geben zunehmend auf, was eine Unterversorgung im ländlichen Raum und längere Einkaufswege zur Folge hat.¹⁰³ Mit der Nahversorgung verlieren viele Ortschaften zugleich wichtige Begegnungs- und Kommunikationsräume, was zur Isolation insbesondere der mobilitätseingeschränkten Älteren beitragen kann. Ähnlich sieht es mit der Erreichbarkeit medizinischer Versorgungseinrichtungen aus. Einem aktuellen Monitoring des Regionalen Planungsverbandes Mecklenburgische Seenplatte (Datenstand Dezember 2012) zufolge ist die Erreichbarkeit der ambulanten Hausärzte mit dem motorisierten Individualverkehr gesichert. Gleichzeitig werden erhebliche Defizite in der ÖPNV-Anbindung in den dünn besiedelten ländlichen Räumen (abseits der Hauptverkehrsachsen) festgestellt. In den zentralen Orten können die Hausärzte dagegen in einer akzeptablen Zeit erreicht werden.¹⁰⁴ In den anderen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns ist von einer ähnlichen Situation auszugehen.

B.1.3 Nahmobilität (Rad- und Fußverkehr)

Ein oft unzureichendes, zu teures ÖPNV-Angebot und das Fehlen eines Pkw bedingen eine stärkere Nahraumorientierung. Ältere Menschen greifen im Nahbereich gern auf das Fahrrad zurück oder bewältigen ihre Wege zu Fuß. Alleinstehende, häufig also ältere Frauen, dürften hiervon besonders betroffen sein. Konkret bedeutet Radfahren oder Zufußgehen im Alltag, sich kostengünstig, zeitsparend und zeitlich unabhängig fortzubewegen. Ein Drittel der Wege

⁹⁷ Difu und plan:mobil 2015, S. 69ff.

⁹⁸ Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S. 10, Beitrag Brohm; Bundestagsdrucksache 17/7699, S. 191

⁹⁹ Bundestagsdrucksache 17/7699, S. 191; Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S. 7, Beitrag Gipp.

¹⁰⁰ Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014, S. 10, Beitrag Rudinger.

¹⁰¹ Difu und plan:mobil 2015, S. 61: Gründe hierfür sind Flexibilität, sofortige Verfügbarkeit, Reisezeitvorteile gegenüber dem ÖPNV und Bequemlichkeit. Wer nicht selbst fahren kann, greift gern auf private Fahrdienste im persönlichen Umfeld zurück. Ein freiwilliger Verzicht auf motorisierten Individualverkehr erscheint unwahrscheinlich.

¹⁰² Faller et al. 2014, S. 8.

¹⁰³ Difu und plan:mobil 2015, S. 34: Zwei Drittel aller Gemeinden in Mecklenburg-Vorpommern sind bereits heute ohne stationäre Lebensmittelversorgung. Von einer weiteren Ausdünnung der Versorgung ist auszugehen.

¹⁰⁴ Difu und plan:mobil 2015, S. 34ff.

werden von den 65- bis 74-Jährigen zu Fuß zurückgelegt, bei den über 75-Jährigen ist fast jeder zweite Weg ein Fußweg.¹⁰⁵

Das Fahrrad ist nach wie vor ein weit verbreitetes Verkehrsmittel bis ins Alter.¹⁰⁶ Als Verkehrsmittel bietet es in der Regel bei erschwinglichen Preisen eine (verkehrs-)technisch gute Ausstattung auch für Ältere.¹⁰⁷ Erst bei den Hochbetagten nimmt die Radnutzung ab.¹⁰⁸ Für viele Ältere ist das Radfahren leichter als zu Fuß unterwegs zu sein. In den ländlich geprägten Regionen ist das Fahrrad bei den über 65-Jährigen sogar das meist genutzte Verkehrsmittel. Vor allem werden die Wege zwischen den kleineren Ortschaften und Dörfern früher wie heute mit dem Fahrrad zurückgelegt.¹⁰⁹ Die Erreichbarkeit von alltäglichen Zielen über die Landstraßen hat daher eine wichtige Bedeutung. Straßenraumgestaltung, Qualität und Dichte des Radwegenetzes bestimmen die Attraktivität und Verkehrssicherheit und damit den Grad der Radnutzung. Auch wenn sich die Radverkehrsinfrastruktur seit 1990 erheblich verbessert hat, weist diese immer noch große Lücken und Mängel auf, u.a. hinsichtlich regelwerkskonformer Ausgestaltung, Befahrbarkeit, Barrierefreiheit und Anschlussfähigkeit.¹¹⁰

Hinsichtlich der Qualität des Straßen- und Radwegenetzes bleiben ländliche Bereiche hinter den touristischen Regionen und den Mittel- und Oberzentren zurück.¹¹¹ Auf Grund knapper werdender Finanzmittel ist davon auszugehen, dass Straßen und die Radinfrastruktur nicht in gleichem Umfang und Zustand in allen Regionen des Landes erhalten werden können.¹¹² Zunehmende finanzielle Engpässe gibt es bereits bei der Erhaltung der Ortsverbindungsstraßen und straßenbegleitender Radwege. Schutzstreifen bzw. Fahrbahnmarkierungen für Radfahrer auf Landstraßen gibt es in Mecklenburg-Vorpommern nur auf Teststrecken.¹¹³

B.1.4 Verkehrssicherheit

Der stetig steigende Anteil Älterer am Verkehrsgeschehen wird die Anforderungen an die Verkehrssysteme verändern. Unfallgeschehen und Verkehrssicherheitsfragen geraten stärker in den Vordergrund. Ältere Menschen gelten im verkehrstechnischen Sinne als besonders gefährdete Personen. Ihnen wird unterstellt, nur eingeschränkt verkehrstauglich zu sein.¹¹⁴ Untersuchungen haben ergeben, dass die Teilnahme am Verkehrsgeschehen vielfältige, zunehmend komplexe Anforderungen an die Älteren stellt. Risikosituationen entstehen, wenn

¹⁰⁵ Difu und plan:mobil 2015, S. 29ff.

¹⁰⁶ Burmeister 2007, S.26ff.

¹⁰⁷ Burmeister 2007, S.28: u.a. tiefer Einstieg, Gangschaltung, Fahrradkorb, Abstandhalter, neuerdings elektrische Unterstützung.

¹⁰⁸ Protokoll der 25. Sitzung der Enquete-Kommission vom 12. September 2014, S. 9, Beitrag Thiemann-Linden.

¹⁰⁹ Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014, S. 14, Beitrag Krause; Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 26.

¹¹⁰ Difu und plan:mobil 2015, S. 64f.

¹¹¹ Difu und plan:mobil 2015, S. 63.

¹¹² Difu und plan:mobil 2015, S. 63 mit Verweis auf die Lupenregionen.

¹¹³ Difu und plan:mobil 2015, S. 166f.

¹¹⁴ Baumgartner et al. 2013, S. 79; Difu und plan:mobil 2015, S. 21; vgl. dazu Kommissionsdrucksache 6/44 mit Stellungnahme des Landesseniorenbeirates Mecklenburg-Vorpommern e.V. zur Fahreignung von Pkw-Fahrern/-innen im Alter ab 65 Jahren im Straßenverkehr sowie Master-Forschungsprojekt der Hochschule Neubrandenburg.

Ältere in komplexen Begebenheiten und knapp bemessener Zeit Entscheidungen treffen müssen.¹¹⁵ Es liegt die Vermutung nahe, dass die altersbedingten Kompetenzeinschränkungen sowie mögliche Überforderung ein erhöhtes Unfallrisiko bei Älteren bedingen. Ältere Fahrer selbst verweisen oft darauf, dass sie verminderte Fähigkeiten durch ein verändertes Fahr- und Mobilitätsverhalten kompensieren.¹¹⁶

Statistisch betrachtet sind ältere Menschen nicht die auffälligste Altersgruppe in der Straßenverkehrsunfallbilanz.¹¹⁷ Aber die Unfallstatistik bestätigt auch für Mecklenburg-Vorpommern den bundesweiten Trend, dass ältere Verkehrsteilnehmer bei einem Unfall einer höheren „Verletzbarkeit“ (Vulnerabilität) ausgesetzt sind, insbesondere als Fußgänger und auf dem Fahrrad. Wenn ältere Menschen im Straßenverkehr verunglücken, erleiden sie u. a. infolge nachlassender körperlicher Widerstandskraft schwerere Unfallfolgen.¹¹⁸ Über 65-Jährige zählten im Jahr 2013 mit einem Anteil von 30 Prozent häufiger zu den Todesopfern.¹¹⁹ Auch jeder zweite getötete Fußgänger oder Radfahrer war 65 Jahre oder älter.¹²⁰ Unfall- und Schadenshäufigkeit sowie die Schadenshöhe steigen etwa ab dem 75. Lebensjahr deutlich gegenüber jüngeren Älteren an, obwohl gleichzeitig die Teilnahmeintensität und -häufigkeit am Straßenverkehr abnimmt.¹²¹ Insgesamt ist jedoch festzustellen, dass der Anteil der über 65-Jährigen, die bei Verkehrsunfällen beteiligt, verunglückt oder Unfallverursacher sind im Vergleich zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung, deutlich unterrepräsentiert sind.¹²²

Insbesondere das Fahren mit dem Pkw beansprucht parallel Wahrnehmungs-, Aufmerksamkeits- und weitere kognitive und motorische Fähigkeiten. Ältere Verkehrsteilnehmer legen zwar häufig kürzere Strecken zurück, nutzen hierfür aber die eher weniger sicheren Landstraßen. Wenn ältere Autofahrer Unfälle verursachen, so ist dies häufig an Knotenpunkten der Fall, und hier insbesondere beim Linksabbiegen.¹²³ Weitere „alterstypische“ Gefahrensituationen bzw. Fehlverhaltensweisen ergeben sich beim Abbiegen, beim Wenden, beim Rückwärtsfahren, bei der Vorfahrtregelung, bei Richtungswechseln und gegenüber Fußgängern an Fußgängerüberwegen. Zudem sind sie nicht immer über Neuerungen im Verkehrsrecht informiert. Entsprechende Präventionsmaßnahmen, mehr Eigenverantwortung, altersgerechtere Straßenraumgestaltung oder Verhaltenstrainings können diese Unfallursachen mindern.¹²⁴

Das Unfallgeschehen durch ältere Kfz-Lenker rechtfertigt aber weder regelmäßige und obligatorische Gesundheits- oder Fahrverhaltensprüfungen im höheren Alter noch pauschale Fahrverbote. Stattdessen werden seitens der Sachverständigen präventive Schutzvorkehrungen gefordert, die u. a. Verhaltensweisen zur Unfallvermeidung stärken. Dabei helfen Training, Beratung, technische Hilfsmittel in Verbindung mit einer

¹¹⁵ BMFSFJ 2005 (Fünfter Altenbericht), S. 241; Rudinger und Kocherscheid 2014, S. 15, 19.

¹¹⁶ Schlag 2008, S. 74.

¹¹⁷ Schlag 2008, S. 74; Difu und plan:mobil 2015, S.21: Die Daten zu Verkehrsunfällen in Mecklenburg-Vorpommern bestätigen, dass ältere Menschen nicht durch eine höhere Unfallbeteiligung auffallen.

¹¹⁸ Statistisches Bundesamt 2013, S. 34.

¹¹⁹ Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission am 27. Juni 2014, S. 22, Beitrag Bode.

¹²⁰ Bundestagsdrucksache 17/7699, S. 190

¹²¹ Bundestagsdrucksache 17/3815, S. 390; Vgl. auch Bundestagsdrucksache 17/7699, S. 190; Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014, S. 22, Beitrag Bode.

¹²² Difu und plan:mobil 2015, S. 21; Statistisches Bundesamt 2013, S. 34.

¹²³ Difu und plan:mobil 2015, S. 20.

¹²⁴ Schlag 2008, S. 76; Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014, S. 24, Beitrag Bode.

verkehrssicheren Straßenraumgestaltung.¹²⁵ In der langfristigen Perspektive können weitergehende Fahrerassistenzsysteme bis hin zum autonom fahrenden Pkw zur Erhöhung der Sicherheit älterer Autofahrer und Autofahrerinnen und zur Vermeidung von Unfallrisiken beitragen. Diese neuen Techniken befinden sich noch in der Entwicklung bzw. Erprobung, werden aber angesichts der sich ändernden Altersstruktur in den nächsten 10 Jahren an Bedeutung gewinnen.¹²⁶

Ältere, die viel Fahrrad fahren, sind einem sehr hohen Risiko ausgesetzt. Unfallursachen lassen sich häufig auf entwurfstechnische bzw. straßenraumgestalterische Defizite in der Infrastruktur zurückführen.¹²⁷ 91 Prozent der Radfahrunfälle ereignen sich innerhalb von Ortschaften. Auch auf Landstraßen besteht die Gefahr von Unfällen, die häufig folgenschwer (40 Prozent der Unfälle sind tödlich) enden.¹²⁸ Im Jahr 2013 waren bundesweit etwa 60 Prozent der getöteten Fahrradbenutzer über 65 Jahre. Dieser Anteil verunglückter älterer Fahrradfahrer entspricht jedoch nicht dem Anteil der Radfahrer an der gesamten Verkehrsbeteiligung Älterer.¹²⁹ Für die Verbesserung der Verkehrssicherheit wird neben einer radfahrfreundlicheren Straßenraumgestaltung ein zusammenhängendes straßenbegleitendes Radwegenetz empfohlen,¹³⁰ die Umsetzung erfolgt aus baulichen, finanziellen oder umweltrechtlichen Gründen jedoch oft nicht.¹³¹ Die fehlenden Ressourcen zur Einrichtung neuer und zur Erhaltung der bereits gebauten straßenbegleitenden Radwege wirft die Frage nach verkehrssicheren Alternativen auf. Verwiesen wird in diesem Zusammenhang auf positive Erfahrungen mit Schutzstreifen auf Außerortsverbindungsstraßen mit Verkehrsberuhigungsmaßnahmen (wie in den Niederlanden). Bislang gibt es in Deutschland keine rechtliche Grundlage¹³² für die Einführung der innerorts bewährten Markierungslösungen auf Außerortsstraßen. Mit dem bundesweiten Verkehrsversuch „Einführung der Schutzstreifen außerorts“ soll dies untersucht werden.¹³³ Eine Schlussfolgerung aus der Unfallforschung ist, Straßenräume und Verkehrsknotenpunkte insgesamt übersichtlicher und in Richtung moderaterer Fahrgeschwindigkeiten zu gestalten, z.B. durch Kleinkreisel.¹³⁴

Schon das subjektive Unsicherheitsgefühl führt häufig zum Mobilitätsverzicht. Das Spannungsverhältnis zwischen dem Wunsch nach Mobilität einerseits, körperlicher Einschränkung sowie die gleichzeitig wachsenden Verkehrsanforderungen andererseits verdeutlichen einen Handlungsbedarf in Richtung besserer Verkehrssicherheit für ältere Verkehrsteilnehmer.¹³⁵ Die höchste Verkehrssicherheit weisen (auch für ältere Menschen) öffentliche Verkehrsmittel auf. Im deutlichen Gegensatz dazu steht das zunehmende

¹²⁵ Difu und plan:mobil 2015, S. 169; Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014, S. 24, Beitrag Bode.

¹²⁶ Difu und plan:mobil 2015, S. 169; Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014, S. 24, Beitrag Bode.

¹²⁷ Difu und plan:mobil 2015, S. 64f.

¹²⁸ Difu und plan:mobil 2015, S. 166.

¹²⁹ Rudinger und Kocherscheid 2011, S. 228; Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014, S.22, Beitrag Bode.

¹³⁰ Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014, S. 16, Beitrag Krause.

¹³¹ Difu und plan:mobil 2015, S.166.

¹³² Hierzu bedarf es einer Öffnung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrs-Ordnung (VwV-StVO) und im technischen Regelwerk zur Anlage von Landstraßen (RAL).

¹³³ Näheres dazu bei Difu und plan:mobil 2015, S. 166f.

¹³⁴ Difu und plan:mobil 2015, S.169.

¹³⁵ Rudinger und Kocherscheid 2011, S. 10; Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014, S. 24, Beitrag Bode; Difu und plan:mobil 2015, S. 169

Unsicherheitsgefühl vieler älterer Menschen in öffentlichen Verkehrsmitteln.¹³⁶ Die hohe Vulnerabilität älterer Menschen setzt für die Straßenraumgestaltung wie für die Verkehrsorganisation hohe Maßstäbe. Beides steht in Konflikt mit hohen Pkw-Fahrgeschwindigkeiten.¹³⁷

B.2 Rahmenbedingungen für eine Sicherung der Mobilität Älterer

Für den Mobilitätserhalt älterer Menschen sind auch die finanziellen Handlungsspielräume des Landes, der Landkreise und der Kommunen zu berücksichtigen. Derzeit verfügt Mecklenburg-Vorpommern noch über deutlich mehr Finanzmittel als westliche Flächenländer. Die Ausgabenentwicklung des Landes wird maßgeblich durch das Auslaufen von Solidarpakt II und EU-Strukturfond und dem Inkrafttreten der Schuldenbremse bestimmt.¹³⁸ Der stetige Bevölkerungsrückgang wirkt sich zudem negativ auf die Finanzausstattung des Landes aus, da die meisten Mittelzuweisungen einwohnerabhängig sind. Damit reduzieren sich auch die Finanzausweisungen auf die kommunale Ebene. Vergleicht man die Flächenländer sind schon jetzt die kommunalen Sachinvestitionen mit rund 150 Euro pro Kopf in Mecklenburg-Vorpommern am niedrigsten.¹³⁹ Verkehrsinnovationen wie neue Informations- und Kommunikationstechnologien werden die Verkehrsrealität der Älteren nachhaltig beeinflussen. Die derzeitigen Finanzierungs- und Organisationsstrukturen, versicherungsrechtliche Aspekte und mangelnde Akzeptanz gegenüber neuen Mobilitätsformen erschweren eine nachhaltige Mobilitätsorganisation in Mecklenburg-Vorpommern.

B.2.1 Finanzielle und ordnungsrechtliche Rahmenbedingungen für den Straßenraum

Vor dem Hintergrund der schwierigen Situation des ÖPNV in der Fläche, guter Pkw-Erreichbarkeit und dem Potenzial der Gemeinschaftsverkehre ist ein gut ausgebautes und leistungsfähiges Straßennetz die Voraussetzung für Mobilitätssicherung in Mecklenburg-Vorpommern. Dies gilt sowohl für den öffentlichen straßengebundenen Verkehr als auch für den motorisierten sowie nichtmotorisierten Individualverkehr. Ein dichtes, auch die abgelegenen Dörfer verbindendes Straßennetz ist Grundlage für flexible neue Angebotsformen des ÖPNV sowie für den ortsverbindenden Radverkehr. Kommunen und Kreise sind allerdings schon heute häufig administrativ und finanziell nicht mehr in der Lage, ihr Straßennetz instand zu halten oder gar auszubauen.¹⁴⁰

Die heutige Finanzschwäche vieler Straßenbaulasträger wird sich weiter verschärfen, da viele Mittelzuweisungen durch Bund und Länder einwohnerabhängig erfolgen. Dem stehen enorm

steigende Kosten im Bereich der Straßenunterhaltung und Straßenerneuerung gegenüber. Nach Schätzungen des Difu stellt die bundesweite Straßenunterhaltung mit 23 Prozent (21,7 Prozent alte Bundesländer; 27,3 Prozent neue Bundesländer und Berlin) den größten

¹³⁶ Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014, S. 15, Beitrag Krause.

¹³⁷ Difu und plan:mobil 2015, S. 169.

¹³⁸ Protokoll der 10. Sitzung der Enquete-Kommission vom 19. April 2013, S. 6, Beitrag Bäumer; Difu und plan:mobil 2015, S. 12/170; Landtagsdrucksache 6/3418, S. 3.

¹³⁹ Difu und plan:mobil 2015, S. 172.

¹⁴⁰ Difu und plan:mobil 2015, S. 174.

kommunalen Investitionsbedarf dar.¹⁴¹ Die damit verbundene, häufig unzureichende Instandhaltung von Straßen und der oftmals praktizierte Mitteleinsatz nach akuter Betroffenheit führt zu weiteren negativen Effekten wie Wertverlust der Infrastruktur, erhöhte Verkehrssicherungspflichten, Netzstörungen, abnehmende Erreichbarkeit.

Anstelle einer „schleichenden Stilllegung“ des kommunalen Straßennetzes werden seitens der Gutachter die Chancen einer systematischen Straßennetzverkleinerung aufgezeigt. Diese ist schwer umsetzbar, denn die Hürden für die Einziehung der Verkehrsbedeutung einer Straße und das Erlöschen der Straßenbaulast liegen hoch. Der Aspekt der finanziellen Leistungsfähigkeit des Straßenbaulastträgers wird bisher als Bewertungskriterium nicht ausreichend gewürdigt.¹⁴² Unter Berücksichtigung der genannten Problemfelder ist der Grundgedanke einer grundlegenden Neubewertung und Priorisierung des Straßennetzes (z. B. nach ÖPNV-Routen, als Zufahrt zu lokal bedeutsamen Orten der Versorgung, nach den Notrufstandards). Die Ausgestaltung eines Kernnetzes, die „Stilllegung“ von Parallelstraßen, der Verzicht auf zweiseitige Anbindung von Orten, die Umwandlung von Straßen in Feld- und Wirtschaftswege (ggf. Reduzierung auf einen Fahrstreifen, Erhaltung der Funktion für den Radverkehr, ggf. Freigabe für Linienverkehre) stehen im Fokus. Hierzu bedarf es Änderungen in den Landesgesetzen.¹⁴³

Barrierearmut stellt daher eine grundlegende Forderung an ein mobilitätsförderndes Wohnumfeld für Ältere dar. Erfahrungswerte für barrierefreie Ortsteile und Quartiere liegen vor.¹⁴⁴ Technische Regelwerke bilden für barrierearme Entwurfsprinzipien in der Straßenraumgestaltung bereits gute Planungsgrundlagen.¹⁴⁵ Zur Mobilitätssicherung älterer Menschen könnte die Barrierefreiheit aus der „technischen Ecke“ der DIN-Normen und der FGSV-Regelwerke geholt werden, denn die vordringlichen Mängel liegen im Bestand und nicht im Neubau.¹⁴⁶

Attraktive Begegnungsorte und ein Straßenraum mit hoher Aufenthaltsqualität tragen wesentlich zu einer eigenständigen Haushaltsführung bis ins hohe Alter bei.¹⁴⁷ Stark befahrende Straßen ohne sichere Übergänge und unübersichtliche Verkehrs- und Kreuzungssituationen sind dagegen ein Problem. Die gemeinsame Nutzung von Gehwegen und Fahrbahnen mit schnelleren Verkehrsteilnehmern stellt eine Barriere für ältere Menschen dar. Die Sorge, im Notfall keine öffentlichen Toiletten oder Sitzgelegenheiten zu finden, sowie die Angst vor Überfällen steigern die Unsicherheit der Älteren im öffentlichen Raum. Lange, schlecht ausgeleuchtete oder eingeschränkt begehbare bzw. befahrbare Wege werden für

¹⁴¹ Difu und plan:mobil 2015, S. 174: Für den Erhalt und die Instandhaltung der Straßeninfrastruktur wird heute mehr als ein Drittel des Gesamtinvestitionsbedarfs veranschlagt.

¹⁴² Difu und plan:mobil 2015, S. 175.

¹⁴³ Difu und plan:mobil 2015, S. 175.

¹⁴⁴ Difu und plan:mobil 2015, S. 163.

¹⁴⁵ Difu und plan:mobil 2015, 161ff Die Hinweise für barrierefreie Verkehrsanlagen (H BVA) vertiefen die Regelwerke der Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen (FGSV) zur Verkehrs- und Straßenraumgestaltung hinsichtlich der "Barrierefreiheit". Diese Regelwerke (z. B. RASt, EFA, ERA) werden hier um diejenigen Belange konkretisiert, die für eine barrierefreie Gestaltung mit dem Ziel eines „Design für Alle“ besonders zu beachten sind. Ein weiterer Gestaltungs- bzw. Planungsansatz, in Deutschland noch ungebräuchlich, ist „Shared Space“ (deutsch: etwa „gemeinsam genutzter Raum“).

¹⁴⁶ Difu und plan:mobil 2015, S. 162f.

¹⁴⁷ Difu und plan:mobil 2015, S. 161.

Ältere beschwerlich. Diese Faktoren schränken Aktivitäten ein und lassen alltägliche Aktionsräume für Ältere erheblich kleiner werden.¹⁴⁸

Als problematisch wegen der Sturzgefahren gelten auch die vielerorts üblichen Kopfsteinpflasterstraßen, die bis heute im Rahmen des Denkmalschutzes und der Stadterneuerung favorisiert werden. Die zunehmende Nutzung von Mobilitätshilfen (Rollatoren, Rollstuhl u. a.) erfordert ebenfalls eine gute Berollbarkeit der Oberflächen. „Geschnittene Pflasterdecken“ oder durchgehend glatte Gehbahnen können nachträglich nur mit sehr hohem Aufwand eingerichtet werden. Das sichere Unterbringen der Rollatoren im Eingangsbereich von Gebäuden ist noch nicht allgemeiner Standard.¹⁴⁹ Relevante gesetzliche Regelungen gilt es auf den Prüfstand zu stellen, um die aufgeführten Aspekte künftig zu berücksichtigen (u. a. im Rahmen der anstehenden Novellierung der Landesbauordnung Mecklenburg-Vorpommern).¹⁵⁰

Eine Gesamtbilanzierung des Anpassungsbedarfs ist allerdings wegen der Kleinteiligkeit der Aufgaben schwierig. Bisherige Pilotprojekte werden mit Hilfe der Städtebauförderung und der Dorferneuerung realisiert. Difu und plan:mobil (2015) stellen fest: „Quartierskonzepte mit inklusiven Orten der Begegnung zur Vermeidung von Alterseinsamkeit setzen an der Trennwirkung von Straßen an, bei Querungshilfen und verträglichen Fahrgeschwindigkeiten, altenfreundlichen Ampelschaltungen, Sitzgelegenheiten und Gehwegen ohne ‚Stolperfallen‘.“¹⁵¹

B.2.2 Finanzielle und ordnungsrechtliche Rahmenbedingungen für den ÖPNV

Für die Mobilitätssicherung der Älteren kommt dem öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) als Bestandteil der Daseinsvorsorge auch künftig eine wichtige Rolle zu.¹⁵² Paragraph 2 des ÖPNV-Gesetzes M-V gibt den Rahmen bzw. die Maßstäbe vor. Es soll eine bedarfsgerechte ÖPNV-Versorgung in allen Teilen des Landes, auch in den dünn besiedelten Räumen gewährleistet werden. Der ÖPNV soll als vollwertige Alternative zum motorisierten Individualverkehr ausgebaut werden.¹⁵³ Für die Ausgestaltung des ÖPNV-Angebots ist zudem die EG-Verordnung Nr. 1370/2007 maßgebend.¹⁵⁴ Die Verordnung eröffnet den Ländern und Aufgabenträgern (zuständigen Behörden und Verkehrsunternehmen) weitgehende Handlungsspielräume für die Erfüllung der Gemeinwohlpflichten in der Organisation des ÖPNV. Auch im Bundesrecht - Allgemeines Eisenbahngesetz (AEG)¹⁵⁵ sowie dem Gesetz zur

¹⁴⁸ Weiterführend u. a. Difu und plan:mobil 2015, S. 67f; S. 161ff; weiterführend Rudinger und Kocherscheid 2011, S. 209ff.

¹⁴⁹ Difu und plan:mobil 2015, S. 163.

¹⁵⁰ Näheres dazu bei Difu und plan:mobil 2015, S. 163.

¹⁵¹ Difu und plan:mobil 2015, S. 161.

¹⁵² Bundestagsdrucksache 17/7699, S. 191.

¹⁵³ Vgl. § 2 (2) ÖPNVG M-V

¹⁵⁴ Personenbeförderungsgesetzes (PBefG) vom 21. März 1961 (BGBl. 1961 I S. 241), zuletzt geändert durch Artikel 2 Absatz 147 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154); Ungeachtet dessen gelten weitere europäische Rechtsnormen, vgl. Gies et. al. 2015, S. 47.

¹⁵⁵ Allgemeines Eisenbahngesetz (AEG) vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378, 2396 1994 IS. 2439) letzte Änderung Art. 4 Absatz 120 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154)

Regionalisierung des öffentlichen Personennahverkehrs (RegG)¹⁵⁶ - sind wesentliche Handlungsrahmenbedingungen festgelegt.¹⁵⁷

Mit der letzten Bahnreform wurde unterschieden zwischen den Bereichen des Schienenverkehrs, für die „normale“ marktwirtschaftliche Prinzipien gelten sollen (Fernverkehr), und den Bereichen, für die weiterhin ein besonderes öffentliches Interesse besteht. Der gesamte Schienenpersonennahverkehr (SPNV) wird generell als gemeinwirtschaftlich angesehen und in den Verantwortungsbereich der Länder gestellt (§ 15 Absatz 1 AEG). Diese müssen vom Bund für diese Aufgabe finanziell ausgestattet werden (Artikel 106a des Grundgesetzes, RegG). Die gemeinwirtschaftlichen Verkehrsleistungen können durch die Aufgabenträger ausgeschrieben werden (§ 15 Absatz 2 AEG). Für den übrigen straßengebundenen öffentlichen Personennahverkehr (üÖPNV) tragen die Landkreise und kreisfreien Städte als gesetzliche Aufgabenträger der Daseinsvorsorge die Verantwortung. Mit der Regionalisierung ist den Bundesländern hierfür auch die Tarifhoheit übertragen worden (§ 12 Absatz 3 AEG).¹⁵⁸

Für den ÖPNV sind drei Finanzierungsquellen wesentlich.¹⁵⁹ Noch bis 2019 beteiligt sich der Bund mit entsprechenden Finanzzuweisungen an den konsumtiven und investiven Aufgaben beim ÖPNV (Regionalisierungsmittel nach § 5 RegG, Entflechtungsmittel nach EntflechtG¹⁶⁰, Finanzmittel aus dem Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetz (GVFG)¹⁶¹). In den derzeit laufenden Verhandlungen der Länder über die Höhe der zukünftigen Bundeszuweisungen zzgl. eines Dynamisierungsansatzes zeichnen sich für Mecklenburg-Vorpommern bereits ab dem Jahr 2015 - spätestens aber nach 2019 - Einbußen ab.¹⁶² Die zukünftige Höhe der Regionalisierungsmittel ist mit Unsicherheiten behaftet. In 2019 laufen nach derzeitigem Rechtsstand auch die Finanzmittel für Investitionen in den ÖPNV aus dem Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetz aus. Das gleiche gilt für Entflechtungsmittel, die von großer Bedeutung für kleinere Investitionen (Barrierefreiheit) sind.¹⁶³ Prognostiziert wird auch, dass sich die Preis- und Kostenrelationen im öffentlichen Verkehrsbereich gegensätzlich zu den ökonomischen Ressourcen der privaten Haushalte entwickeln werden.¹⁶⁴

¹⁵⁶ Gesetz zur Regionalisierung des öffentlichen Personennahverkehrs (Regionalisierungsgesetz –RegG) vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378, 2395), letzte Änderung Art. 4 G v. 14. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2598)

¹⁵⁷ Difu und plan:mobil 2015, S. 46ff.

¹⁵⁸ Difu und plan:mobil 2015, S. 48.

¹⁵⁹ Difu und plan:mobil 2015, S.47f; Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S. 8f, Beitrag Baumeister.

¹⁶⁰ Gesetz zur Entflechtung von Gemeinschaftsaufgaben und Finanzhilfen (Entflechtungsgesetz-EntflechtG) vom 05. September 2006, BGBl. I S. 2098, 2102; letzte Änderung Art. 4 G v. 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2401)

¹⁶¹ Gesetz über Finanzhilfen des Bundes zur Verbesserung der Verkehrsverhältnisse der Gemeinden (Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetz-GVFG) vom 28. Januar 1988, BGBl. I S. 100; letzte Änderung Art. 3 G v. 5. April 2011 (BGBl. I S. 554)

¹⁶² Plenarprotokoll der 81. Sitzung vom 13. November 2014, S. 69ff, Beitrag Minister Pegel; Protokoll der 10. Sitzung der Enquete-Kommission am 19. April 2013, Beitrag Staatssekretär Bäumer; Mittelfristige Finanzplanung 2013 – 2018, S. 48.

¹⁶³ Difu und plan:mobil 2015, S. 55/171; Finanzministerium Mecklenburg-Vorpommern 2013, S. 508: Für die Gewährleistung und Verbesserung des ÖPNV und des SPNV werden voraussichtlich 242,3 Mio. € im Jahr 2014 eingesetzt, welche weitgehend für den Schienenpersonennahverkehr (SPNV) eingesetzt werden. Für die Verbesserung des kommunalen Straßenbaus sind in den Jahren 2014 und 2015 ff. jeweils 17,5 Mio. € vorgesehen.

¹⁶⁴ Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014, S. 20, Beitrag Hunzinger.

Das Finanzierungssystem für die öffentliche Verkehrsinfrastruktur und der daran gebundene Rechtsrahmen in Mecklenburg-Vorpommern werden zudem als intransparent eingeschätzt.¹⁶⁵ Die Komplexität des Finanzierungssystems resultiert einerseits aus dem Ineinandergreifen von europäischen und nationalen Rechtsnormen mit teils parallelen Finanzströmen, sowie andererseits aus komplizierten Regelungen auf der Landesebene.¹⁶⁶ Allein die an den straßengebundenen ÖPNV gebundenen Landeszuschüsse (etwa 70 Mio. Euro pro Jahr) verteilen sich auf insgesamt 12 Finanzierungsregelungen in vier Ressorts.¹⁶⁷ Zusätzliche Mittel werden durch die Kommunen bereitgestellt.

Die Fülle der Finanzierungsregelungen führt zu einem erheblichen Organisations- und Verwaltungsaufwand, der eine Anpassung des Verkehrssystems erschwert. Die Finanzierungsregelungen sind teilweise unvereinbar mit dem Europäischen Beihilfenrecht (VO 1370)¹⁶⁸. Die derzeitige Trennung der Verantwortlichkeiten für SPNV und üÖPNV verhindert einen effizienten und abgestimmten Mitteleinsatz für den gesamten ÖPNV. Die Aufgabenträger (zugleich zuständige Behörden gem. der VO 1370/2007) können Aufgaben wie die der Organisation des straßengebundenen ÖPNV nicht ausreichend erfüllen.¹⁶⁹ Finanzierungs- und ressortbedingt ist auch der Gesundheitsverkehr aus dem Gesamtsystem bislang ausgenommen.¹⁷⁰ Auch bindet die derzeitige Schulorganisation erhebliche Ressourcen im ÖPNV.¹⁷¹ Die Folge ist ein unübersichtliches, vorrangig auf den Schülerverkehr ausgelegtes und für alle anderen Zielgruppen eingeschränktes ÖPNV-Angebot. Eine geringe Nachfrage erschwert Planung, Durchführung und Wirtschaftlichkeit von ÖPNV-Leistungen. Eine integrierte Bestellung von SPNV- und ÖPNV-Leistungen ist so nur bedingt gegeben.¹⁷² Historisch bedingte Unternehmensstrukturen erschweren zudem ein abgestimmtes Angebot.¹⁷³

Bei Erstellung der Nahverkehrspläne haben die Landkreise ihre Handlungsspielräume unterschiedlich interpretiert. Lediglich der Landkreis Nordwestmecklenburg setzt bislang auf einen integrativen Ansatz und eine Angebotsoffensive (sieben klarstrukturierte Taktlinien zzgl. eines nachfrageorientierten Ergänzungsnetzes mit alternativen Bedienformen, verbesserte Verknüpfungssituation, Intermodalität und neues Tarifkonzept, nur für den Busverkehr). Festzuhalten ist, dass sich dieser Ansatz nicht deckungsgleich auf alle anderen Landkreise übertragen lässt.¹⁷⁴ Für die unterschiedlich großen Landkreise bedarf es angepasster regionaler, überregionaler sowie verkehrsmittelübergreifender Lösungsansätze. Auch die uneinheitlichen Tarifsysteme von Bahn und Bus innerhalb eines Landkreises sind eher unattraktiv für Ältere. Ob die derzeitigen Organisationsstrukturen den zukünftigen

¹⁶⁵ Difu und plan:mobil 2015, S. 45; Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S. 19, Beitrag Baumeister, S.20, Beitrag Brohm.

¹⁶⁶ Difu und plan:mobil 2015, S. 45ff.

¹⁶⁷ Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S.8, Beitrag Baumeister: Ohne Infrastruktur- und SPNV-Mittel, Stand 2013; vgl. auch Difu und plan:mobil 2015, Tab. 2, S. 56.

¹⁶⁸ Verordnung (EG) Nr. 1370/2007 (VO 1370) des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2007 über öffentliche Personenverkehrsdienste auf Schiene und Straße und zur Aufhebung der Verordnungen (EWG) Nr. 1191/69 und (EWG) Nr. 1107/70 des Rates, Amtsblatt der Europäischen Union, 3.12.2007, I. 315/1

¹⁶⁹ Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S. 8f, Beitrag Baumeister, S. 10f, Brohm.

¹⁷⁰ Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S. 18, Beitrag Gipp.

¹⁷¹ Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S. 10, Beitrag Brohm.

¹⁷² Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S. 8f, Beitrag Baumeister.

¹⁷³ Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S. 23, Beitrag Lösel.

¹⁷⁴ Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S. 10f, Beitrag Brohm.

Anforderungen an Planung, Organisation, Durchführung und Finanzierung des gesamten ÖPNV in Mecklenburg-Vorpommern ausreichend Rechnung tragen, ist fraglich.

Mit der Differenzierung zwischen eigenwirtschaftlichem Fernverkehr (in Bundeszuständigkeit) und gemeinwirtschaftlichem Nahverkehr (in Verantwortung der Länder) ergibt sich für Mecklenburg-Vorpommern mehr Gestaltungsspielraum. Andererseits sieht sich das Land zunehmend in der Pflicht, mit Regionalisierungsmitteln auch Verbindungen zu unterstützen, die zuvor mit eigenwirtschaftlichem Fernverkehr abgedeckt wurden.¹⁷⁵ Diese Finanzmittel fehlen an anderer Stelle. Die unsichere Entwicklung dieser teilweise zweckgebundenen Finanzmittel, die für Aufgaben im Bereich des öffentlichen Verkehrs zur Verfügung stehen, macht ein Umsteuern nötig. Denkbare integrative Mobilitätsansätze, die den klassischen ÖPNV ergänzen, können sich derzeit nur schwer gegen die systemimmanenten Zwänge durchsetzen. Ein „weiter so“ führt jedoch eher zu einer weiteren Verschlechterung der Mobilitätssicherung.¹⁷⁶

Die Gutachter und angehörten Sachverständigen empfehlen eine zeitnahe Reform der derzeitigen Finanzierungs- und Organisationsstrukturen des ÖPNV in Mecklenburg-Vorpommern. Beispielhaft können Bündelungsansätze wie in Brandenburg und Sachsen-Anhalt sein.¹⁷⁷ Rechtsnormen und Genehmigungspraxis, die innovativen Mobilitätskonzepten einschränkend gegenüber stehen, sind anzupassen oder zumindest für Räume mit besonderen demografischen Herausforderungen aufzuheben. Aufgabenträger müssen mehr Gestaltungsspielräume erhalten und Verbundstrukturen umsetzbar sein.¹⁷⁸ Gesundheitsmobilität im ländlichen Raum sollte auch hinsichtlich der Finanzierung stärker in den Fokus gerückt werden.¹⁷⁹

Die Haltestellen stellen im ÖPNV-System wichtige Zugangspunkte zur angebotenen Verkehrsleistung dar. Insbesondere für ältere und mobilitätseingeschränkte Menschen ergeben sich zahlreiche Hemm- und Hindernisse hinsichtlich ihrer Zugänglichkeit. Die Ergebnisse der Analysen in den Lupenregionen verdeutlichen dies. Wenige innerörtliche Haltestellen, fehlende altengerechte, zugangs- und barrierefreie Haltestellenbereiche und schlechte Straßen- und Gehwegzustände erhöhen für Ältere kaum die Attraktivität der ÖPNV-Nutzung. Auch ist der Einsatz von Niederflurbussen noch kein Standard.¹⁸⁰ Der von den Gutachtern festgestellte Handlungsbedarf umfasst daneben auch eine Neuorientierung des Haltestellennetzes an typischen Zielen älterer Menschen (Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs, Freizeiteinrichtungen, medizinische Versorgung etc.). Angesichts der wachsenden Finanzierungslücke kann eine Genehmigung der Bedarfshaltestellen für ÖPNV-Angebote als ein pragmatischer Ansatz zur teilweisen Umsetzung der Barrierefreiheit gelten. Kostenintensive infrastrukturelle Maßnahmen würden so nicht zwingend notwendig werden. Nach § 62 Absatz 2 PBefG kann das Land Mecklenburg-Vorpommern auch abweichende Regelungen zur Fristsetzung sowie Ausnahmen definieren.¹⁸¹

¹⁷⁵ Plenarprotokoll der 81. Sitzung vom 13. November 2014, S. 69ff, Beitrag Minister Pegel.

¹⁷⁶ Difu und plan:mobil 2015, S. 182.

¹⁷⁷ Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S.12, Beitrag Brohm.

¹⁷⁸ Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S. 8, Beitrag Gipp.

¹⁷⁹ Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S. 18, Beitrag Gipp; Difu und plan:mobil 2015, S. 156; Faller et al. 2014, S. 31.

¹⁸⁰ Difu und plan:mobil 2015, S. 39/181.

¹⁸¹ Difu und plan:mobil 2015, S. 182.

B.3 Akzeptanz neuer Mobilitätsformen, neue Mobilitätsoptionen

Studien zeigen, dass Ältere ihren Lebensphasen entsprechend sehr unterschiedliche Mobilitätspräferenzen und wenig Gemeinsamkeiten in der Akzeptanz von neuen Mobilitätsangeboten haben.¹⁸² In der Tendenz sind die älteren Generationen heute eher auf ein Verkehrsmittel festgelegt: Sie sind individuelle Mobilität gewohnt und automobil sozialisiert.¹⁸³ Das herkömmliche, oftmals auf den Schülerverkehr ausgerichtete ÖPNV-Angebot sowie neue Mobilitätsoptionen stellen heute im ländlichen Raum noch keine ernstzunehmende Alternative zum Pkw dar.¹⁸⁴ Aber sich ändernde Lebensbedingungen und neue Nachfragemuster verändern die Mobilitätsgewohnheiten im Alter auch auf dem Lande.

Für die Mobilitätsicherung Älterer in Mecklenburg-Vorpommern empfehlen die Gutachter und die angehörten Sachverständigen schon heute einen „Systemwechsel“. Es werden zentrale, aufeinander aufbauende Handlungsfelder identifiziert: die Neustrukturierung und Bündelung des ÖPNV-Liniennetzes, eine den ÖPNV ergänzende Flächenerschließung mit sogenannten Gemeinschaftsverkehren, flankierende Maßnahmen (wie die Neustrukturierung der Finanzströme) und mehr Angebote zur Nahmobilität.¹⁸⁵ Diese Handlungsfelder decken sich in den Grundaussagen mit jenen Handlungsansätzen, die in der Enquete-Kommission im Rahmen zweier Anhörungen diskutiert wurden.¹⁸⁶

Trotz steigender Kosten wird der motorisierte Individualverkehr (MIV) unentbehrlich in den ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns bleiben, da derzeit die erste Generation altert, die es gewohnt ist, Auto zu fahren.¹⁸⁷ Dennoch sind die Älteren zunehmend auf Alternativen zum eigenen Pkw angewiesen und ÖPNV-Nutzung muss deshalb auch erlernt werden.¹⁸⁸ In der Frage der Gewährleistung des ÖPNV als Daseinsvorsorge werden verschiedene Mobilitätskonzepte diskutiert.¹⁸⁹ Für die städtischen Bereiche gibt es ausreichend Konzeptansätze, die auf Barriereabbau ausgerichtet sind und die auf eine viel stärkere Förderung des Rad- und Fußverkehrs setzen. Schwieriger ist es, ein akzeptables Mobilitätsangebot für die ländlichen, angebotsschwachen Räume zu realisieren.

Durch die Alterung wächst die Nachfrage nach einer sogenannten „Nicht-Selbstfahr-Mobilität“ an. Doch diese kleinteilige, eher nicht abgestimmte Nachfrage ist nicht einfach zu bedienen.¹⁹⁰ Fällt das Auto als Fortbewegungsmittel weg und fehlt die Routine für die Nutzung anderer Mobilitätsangebote, ist die Aufrechterhaltung der gewohnten Alltagsmobilität für viele ältere Menschen in den ländlichen Räumen eine Herausforderung. Mit zunehmendem Alter bewerten Ältere ihre Mobilität subjektiv als sich verschlechternd ein. Insbesondere bei der Gruppe der über 75-Jährigen, die ihre eigene Mobilität besonders

¹⁸² Difu und plan:mobil 2015, S. 23.

¹⁸³ Difu und plan:mobil 2015, S. 16; Ein älterer Mensch mit altersbedingten Einschränkungen, aber verfügbaren finanziellen Mitteln, kann sich eher Taxifahrten leisten oder ein neues Auto mit Fahrerassistenzsystemen erwerben; Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014, S. 7, Beitrag Rudinger.

¹⁸⁴ Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 32, 47, 51; Faller et al. 2014, S. 8.

¹⁸⁵ Difu und plan:mobil 2015, S. 109ff; Protokoll der 29. Sitzung der Enquete-Kommission vom 5. Dezember 2014, S.11, Beitrag Thiemann-Linden.

¹⁸⁶ Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014; Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015.

¹⁸⁷ Hefter und Götz 2013, S. 10; vgl. auch Faller et al. 2015, S. 8.

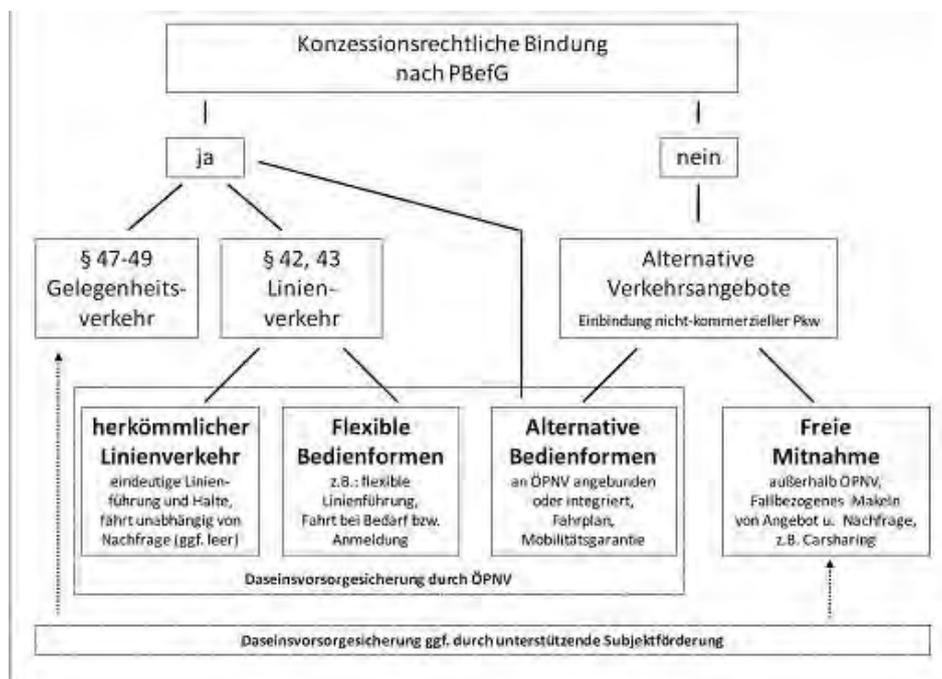
¹⁸⁸ Faller et al. 2014, S. 9.

¹⁸⁹ Difu und plan:mobil 2015, S. 109-169; Faller et al. 2014, S. 7-50.

¹⁹⁰ Faller et al. 2014, S. 9.

eingeschränkt sehen, wird Handlungsbedarf deutlich.¹⁹¹ Ein Schlüssel für ein zukunftsfähiges Verkehrs- und Mobilitätssystem im ländlichen Raum kann die Multi- und Intermodalität sein, also die zeitliche und örtliche Verknüpfung mehrerer Verkehrsmittel, um einen Weg zurückzulegen. Bei entsprechender räumlicher Nähe besitzen neben flexiblen Bedienformen auch das Fahrrad oder das Pedelec¹⁹² (außer bei schlechten Witterungsverhältnissen) in Verknüpfung mit dem ÖPNV ein hohes Potenzial, den Aktionsradius älterer Menschen zu erhöhen. In der Gruppe der jüngeren Älteren sind bereits 25 Prozent, bei den noch Jüngeren bereits 40 Prozent multioptional unterwegs.¹⁹³ In dünn besiedelten Räumen, wo herkömmliche Linienverkehre oder flexible Bedienformen des ÖPNV zu aufwändig werden,¹⁹⁴ können neue, teils ehrenamtlich betriebene oder aus Eigeninitiative der Bürger entwickelte Konzeptansätze (sogenannte „Gemeinschaftsverkehre“ nach Difu und plan:mobil (2015)) zur Abdeckung der Mobilitätsnachfrage zum Einsatz kommen.¹⁹⁵ Auch durch die Einbindung privater Pkw in ein öffentliches Mobilitätskonzept können Mobilitätsgarantien ermöglicht werden.¹⁹⁶

Abb. 27: Übersicht Bedienformen ÖPNV



Quelle: Faller et al. 2014, S. 13

¹⁹¹ Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 28f.

¹⁹² Zur Abgrenzung Pedelec und E-Bike: Pedelec sind Elektrofahrräder mit Pedalnutzung die bis 25 km/h oder 45 km/h leisten können, letztere zählen zu Kleinkrafträdern. E-Bikes funktionieren ohne Pedalbetätigung, sind vergleichbar mit Elektromofas und zählen zu Kleinkrafträdern. s.a. URL: <http://www.adfc.de/pedelecs/elektro-rad-typen/elektro-rad-typen> [Stand 09.06.2015]

¹⁹³ Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014, S. 20, Beitrag Hunsicker.

¹⁹⁴ Difu und plan:mobil 2015, S. 184ff.

¹⁹⁵ Difu und plan:mobil 2015, S. 182ff, Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S.55f; Faller et al. 2014, S. 12; Protokolle der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014 sowie der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, div. Sachverständige.

¹⁹⁶ Faller et al. 2014, S. 18.

Eine aktuell vom ADAC durchgeführte Befragung im ländlichen Raum kommt allerdings zu dem Ergebnis, dass es bei der Nutzung solcher alternativer Mobilitätsoptionen Vorbehalte gibt. 60 Prozent aller Befragten nehmen an, das sich ihre Mobilität in Zukunft eher nicht ändern wird; für sieben Prozent der Älteren kommt eine Nutzung der flexiblen und alternativen Angebote nicht in Frage.¹⁹⁷ Gründe für die derzeit geringe Akzeptanz werden u.a. in der noch bestehenden hohen Pkw-Präferenz, der fehlenden Benutzerkenntnisse sowie im Mangel der eigenen Koordinierungsleistung bei der Nutzung dieser Mobilitätsangebote gesehen. Insbesondere die neuen Zugangsformen (Apps, digitale Fahrplanauskunft und Tickets, Tarifvielfalt, intermodale Nutzungsketten) sind für die jetzigen älteren Alten problematisch; für die künftige Altengeneration wahrscheinlich eher nicht.¹⁹⁸ Auch spielen Car-Sharing-Ansätze in den ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns bisher kaum eine Rolle – anders als in der Schweiz.¹⁹⁹ Dort ist der ÖPNV bis in die Dörfer hinein gut ausgebaut und wird durch ein einheitliches landesweites Car-Sharing-System auch an sehr ländlich gelegenen Bahnstationen ergänzt. Die Karlsruher Region ist in Deutschland die bisher einzige mit einer vergleichbaren Car-Sharing-Dichte. Dort wird auch in ländlichen Bereichen die „kritische Masse“ erreicht, die eine flächendeckende Versorgung sichert.²⁰⁰

Doch auch im ländlichen Raum, werden in Zukunft alternative bedarfsgerechte Mobilitätsangebote an Bedeutung gewinnen. Difu und plan:mobil (2015), Faller et al. (2014) und Gipp, Nienaber und Schifforst (2014) empfehlen deshalb stärker auf Angebote des Mitnahmeverkehrs zu setzen. Vor dem Hintergrund der geringen Nachfrage erscheint es aber unwahrscheinlich, dass sich Bürgerbusangebote als wirtschaftliche Projekte parallel zu anderen Strukturen entwickeln lassen. Vielmehr kann es sinnvoll sein, dass der Bürgerbus sich als Basisangebot des öffentlichen Verkehrs für Zentren nahe Teilräume etabliert. Der Bürgerbus wäre dann als erweitertes Unternehmensportfolio der Verkehrsunternehmen zu betrachten.²⁰¹ Da die Anzahl der Hochbetagten deutlich zunimmt, ist es besonders wichtig, herkömmliche Buchungs- und Informationsmöglichkeiten (Fahrpläne auf Papier etc.) weiter zu berücksichtigen.²⁰² Das vielerorts sehr eingeschränkte ÖPNV-Angebot an Werktagen wird für ältere Menschen auch spürbar verbessert, wenn die wenigen wöchentlichen ÖPNV-Fahrten an ausgewählten Tagen gebündelt werden. Die wichtigste Schlussfolgerung ist, dass an die neuen Mobilitätsoptionen als Alternative zum eigenen Pkw andere Attraktivitätsanforderungen zu stellen sein werden. Dieses ist bei der Konzeptionierung und der Vermarktung (zur Schaffung von Akzeptanz) zu berücksichtigen.²⁰³

¹⁹⁷ Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 55ff; Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, Präsentation Gipp: Wenn das jeweilige Angebot in ihrem Wohnort verfügbar wäre, würden von den befragten Älteren im ländlichen Raum 6 Prozent einen Rufbus, 10 Prozent Car-Sharing, 15 Prozent das Elektrofahrrad sowie 16 Prozent den Mitnahmeverkehr nutzen.

¹⁹⁸ Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014, S. 9, Beitrag Rudinger; Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 55.

¹⁹⁹ Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S. 13, Beitrag Thiemann-Linden; vgl. auch Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 54.

²⁰⁰ Difu und plan:mobil 2015, S. 168.

²⁰¹ Difu und plan:mobil 2015, S. 179/184.

²⁰² Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 54; Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S.7, Beitrag Gipp.

²⁰³ Difu und plan:mobil 2015, S. 25; Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S.55.

B.3.1 Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien

Als eine Möglichkeit, gesellschaftliche Teilhabe auch bei eingeschränkter Mobilität zu erhalten, werden neue Technologien (Tele-Medizin, Computer, Internet, Social Media, Smartphones, Online-Dienste, technische Assistenzsysteme etc.) immer wichtiger. Sie spielen schon heute bei der Etablierung neuer Dienstleistungs- und Mobilitätsangebote eine entscheidende Rolle.²⁰⁴ Zukünftige Angebote werden stärker als gegenwärtig solche Techniken voraussetzen können, da die Älteren von morgen bereits heute neue Techniken routinierter nutzen.

Akzeptanz und Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) erfordern in erster Linie hochleistungsfähige Zugangstechnologien.²⁰⁵ Die Breitbandverfügbarkeit schreitet in vielen ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns nicht so schnell voran wie in den Städten und stadtnahen Räumen. In den dünn besiedelten ländlichen Räumen stellen die höheren Investitionskosten oft ein Hemmnis für die Bereitstellung dar und verzögern dadurch den Ausbau.²⁰⁶ In Mecklenburg-Vorpommern ist zwar eine Grundversorgung mit Breitbandanschlüssen nahezu flächendeckend gewährleistet, doch diese umfasst nur eine Datenkapazität von bis zu zwei Megabit pro Sekunde (Mbit/s). Schon eine 16 Mbit/s Abdeckung ist vielerorts im ländlichen Raum nicht gegeben. Mit einer Breitbandverfügbarkeit von > 50 Mbit/s - wie von der Bundesregierung bis 2018 angestrebt²⁰⁷ - sind bisher nur die größeren Städte versorgt; die ländlichen Räume werden nur mit 10,8 Prozent abgedeckt.²⁰⁸ Die größten Netzlücken gibt es nach Auskunft des Breitbandkompetenzzentrums des Landes Mecklenburg-Vorpommerns in den Grenzregionen zu Polen und Brandenburg.²⁰⁹

Abb. 28: Breitbandversorgung in Mecklenburg-Vorpommern 2014 (nach Gemeindeprägung, Leitungsgebunden und Drahtlos)

| Breitbandverfügbarkeit über alle Technologien | | | | | | |
|---|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| Prägung | ≥ 1 Mbit/s | ≥ 2 Mbit/s | ≥ 6 Mbit/s | ≥ 16 Mbit/s | ≥ 30 Mbit/s | ≥ 50 Mbit/s |
| Städtisch | 100,0 | 100,0 | 99,3 | 93,9 | 91,0 | 89,2 |
| Halbstädtisch | 99,8 | 99,4 | 94,0 | 65,0 | 51,8 | 31,0 |
| Ländlich | 97,0 | 95,8 | 82,5 | 39,1 | 21,3 | 10,8 |

Quelle: TÜV Rheinland Consulting GmbH (2014)

²⁰⁴ Kuhn 2012, S. 12; Baumgartner 2013, S. 117ff; Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2014, S. 18, Beitrag Hunsicker.

²⁰⁵ Hercksen et al. 2014, S. 11; Protokoll der 31. Sitzung der Enquete-Kommission vom 23. Januar 2015, S.22, Beitrag Kaufmann

²⁰⁶ Hercksen et al. 2014, S.11; Plenarprotokoll der 81. Sitzung vom 13. November 2014, S. 61, Beitrag Minister Pegel

²⁰⁷ Die Bundesregierung, Digitale Agenda 2014 -2017, Stand August 2014, URL: <http://digitale-agenda.de> [Stand 25.02.2015]

²⁰⁸ Plenarprotokoll der 81. Sitzung vom 13. November 2014, S. 61, Beitrag Minister Pegel.

²⁰⁹ TÜV Rheinland Consulting GmbH 2014, S. 14: Die Breitbandverfügbarkeit von Hochleistungsanschlüssen mit Bandbreiten ≥ 50 Mbit/s hat bundesweit die Schwelle von 60 % deutlich überschritten und liegt aktuell bei 64,1 %.

Der Ausbau einer leistungsfähigeren Breitbandinfrastruktur in den unterversorgten Regionen trägt zur Mobilitätssicherung bei. Unstrittig ist, dass in den Regionen, wo die Endkundendichte sehr gering ist, lange Distanzen zu den Netzknotenpunkten zu überbrücken sind. Es müssen andere Wege gesucht werden, da kommerzielle Netzanbieter aus Wirtschaftlichkeitserwägungen kaum Bereitschaft zeigen zu investieren.²¹⁰ Anknüpfungspunkt soll das Landesraumentwicklungsprogramm (LEP) sein. Vonseiten des Ministeriums für Landwirtschaft, Umwelt und Verbraucherschutz und des Ministeriums für Wirtschaft, Bau und Tourismus werden zur Umsetzung dieser Aufgabe bereits Haushaltsmittel bereitgestellt. Die Nachfrage nach Fördermitteln im Rahmen der Förderung wirtschaftsnaher Infrastrukturen war eher gering.²¹¹ Gefordert sind daher korrespondierende Bundesprogramme, die auf den Ausbau der nicht mit 50 Mbit/s Abdeckung versorgten Gebiete ausgerichtet sind.²¹²

Die Nutzung von modernen IKT-Lösungen erfordert aber auch adäquate Kompetenzen seitens der Älteren. Entgegen der oftmals verbreiteten Meinung, ältere Menschen seien technischen Innovationen gegenüber generell negativ und oder kritisch eingestellt, zeigen empirische Erhebungen, dass sie sehr wohl bereit sind, neue Techniken zu nutzen. Information und Buchung von Mobilitätsangeboten spielen bereits heute bei älteren Internet- und Mobilgerätenutzern im ländlichen Raum eine große Rolle (z.B. für Ticketbuchung, Fahrplan-Information, Navigationsgerät, Planung der Reiseroute etc.).²¹³

Tatsächlich bestehen aber heute zwischen den Generationen deutliche Unterschiede in der Nutzung der neuen Technologien. Einer aktuellen ADAC-Mobilitätsstudie im ländlichen Raum zufolge nutzen knapp 76 Prozent der 55 bis 64-Jährigen im ländlichen Raum einen Internetanschluss, bei den 65 bis 74-Jährigen beträgt der Anteil nur noch 28 Prozent.²¹⁴ Auch die Nutzung der mobilen Endgeräte (Mobiltelefone, Smartphone, Tablets, Notebooks, E-Books u. a.) und mobiler Applikationen wird bei den älteren Menschen immer selbstverständlicher.²¹⁵ Bei den über 75-Jährigen nimmt allerdings der Anteil der Internet- und Smartphone-Nutzer signifikant ab. Deshalb sollten herkömmliche (analoge) Informations- und Buchungsmöglichkeiten erhalten bleiben.²¹⁶ Längerfristig werden aber auch auf dem Land vermehrt das Internet - etwa über Smartphones - für Mobilitätszwecke genutzt werden.²¹⁷ Die Technikakzeptanz steigt dabei durch u. a. niederschwellige Zugänge, passendes Design, ausreichende Zeitkontingente, Ermutigung und adäquate Unterstützung durch Dritte und ausreichende Wiederholungen (u. a. durch generationsübergreifende Trainings).²¹⁸ Im ländlichen Raum fehlen oft Kurs- und Unterstützungsangebote für Ältere, um entsprechende Nutzungskompetenzen zu erwerben bzw. zu verstärken.

²¹⁰ Landtagsdrucksache 5/4126, S. 75; Difu und plan:mobil 2015, S. 43; Hercksen et al. 2014, S.11.

²¹¹ Protokoll der 16. Sitzung der Enquete-Kommission vom 8. November 2013, S.12, Beitrag Buchwald.

²¹² Plenarprotokoll der 81. Sitzung vom 13. November 2014, S. 62, Beitrag Minister Pegel; Protokoll der 16. Sitzung der Enquete-Kommission vom 8. November 2013, S.12, Beitrag Buchwald; Landtagsdrucksache 6/3489; TÜV Rheinland 2014.

²¹³ Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 45ff; Baumgartner et al. 2014, S. 122ff.

²¹⁴ Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 45ff; vgl. auch Claßen et al. 2014, S. 121f; Baumgartner 2013, S. 119f.

²¹⁵ Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2015, S. 21, Beitrag Hunsicker.

²¹⁶ Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 54.

²¹⁷ Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 47.

²¹⁸ Claßen et al. 2014, S. 107f/138ff; Baumgartner 2013, S.12f; Protokoll der 24. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. Juni 2015, S.10, Beitrag Rudinger.

Abb. 29: Nutzung moderner Kommunikationsmedien

| Altersgruppe | Anteil der Internet-Nutzer | Anteil der Smartphone-Nutzer |
|-------------------|----------------------------|------------------------------|
| 55 bis 64-Jährige | 76% | 27% |
| 65 bis 74-Jährige | 28% | 12% |
| über 75-Jährige | 13% | 6% |

Quelle: Gipp, Nienaber und Schifforst 2014, S. 45

B.4 Handlungsempfehlungen zu „Mobilität im Alter“

Das Themenfeld „Mobilität im Alter“ nimmt im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern eine Schlüsselrolle für die Daseinsvorsorge und die soziale Teilhabe ein. Gleichzeitig wird es aufgrund der Bevölkerungsentwicklung in manchen Bereichen des Landes immer schwieriger ein wirtschaftliches Angebot für den ÖPNV aufrecht zu erhalten. Das Liniennetz und die Angebote wurden infolge der Nachfragerückgänge sukzessive reduziert. Bereits jetzt ist eine adäquate ÖPNV-Versorgung älterer Menschen in peripheren und dörflichen Bereichen Mecklenburg-Vorpommerns teilweise nicht mehr gegeben.

Die finanziellen Handlungsspielräume des Landes werden absehbar enger. Mecklenburg-Vorpommern muss bis 2020 auf eigenen Füßen stehen. Zugleich werden die Mittel aus der EU und vom Bund kontinuierlich geringer. Angesichts der Situation der öffentlichen Haushalte in unserem Bundesland müssen Investitionen nachhaltig und mit klarer Prioritätensetzung erfolgen.

Aufgrund der Rahmenbedingungen ist eine intelligente und effiziente Mobilitätspolitik gefordert, die neben der Sicherstellung des öffentlichen Personennahverkehrs vor allem flexible und alternative Bedienformen bei der Flächenerschließung des ländlichen Raumes in den Mittelpunkt der Angebote stellt. Gut aufeinander abgestimmte Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Verkehrsangeboten bilden die Basis. Eine solche Politik muss vom Land, den Aufgabenträgern, den Verkehrsunternehmen und der Zivilgesellschaft gemeinsam getragen werden. Die Ausgangslage bietet für unser Land die Chance, modellhafte Antworten auf die Herausforderungen des demografischen Wandels zu finden und umzusetzen. Diese können einerseits eine positive Entwicklung ländlicher Räume innerhalb unseres Bundeslandes initiieren und andererseits Vorbildcharakter für andere Regionen haben.

Um Mobilität für alle und insbesondere für Ältere sicherzustellen, muss das ÖPNV-System angepasst werden. Barrieren und bestimmte Aspekte der Gestaltung des Straßenraums behindern die Mobilität älterer Menschen, die von ersten gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind. Ziel muss es daher sein, so umfassend wie möglich eine flächendeckende Barrierefreiheit zu gewährleisten. Besonders bei der Flächenerschließung sind noch Potenziale zu heben, etwa durch Sicherstellung der Nahversorgung, Fahrradmobilität und innovative Technologien.

Die Enquete-Kommission hat sich daher auf folgende Maßnahmenbündel verständigt:²¹⁹

1. Reform des ÖPNV: Netzstruktur, Finanzierung und Mobilitätsmanagement
2. Verbesserung der Mobilitätsinfrastruktur: Barriereabbau, seniorengerechte Straßenraumgestaltung und Verkehrssicherheit
3. Förderung alternativer Formen der Flächenerschließung: Radmobilität, innovative Technologien und Vermeidung erzwungener Mobilität

Die Enquete-Kommission hat sich entschlossen, einige Aspekte, die mit dem Themenfeld „Mobilität im Alter“ verbunden sind, in anderen Themenbereichen abzuhandeln. Dazu

²¹⁹ Die vorliegenden Handlungsempfehlungen basieren auf den Empfehlungen der Grundlagenexpertise des Deutschen Instituts für Urbanistik gGmbH (Difu) und plan.mobil, Verkehrskonzepte & Mobilitätsplanung (2015): Mobilität im Alter in Mecklenburg-Vorpommern. Berlin (= Kommissionsdrucksache 6/36), S. 170 - 194

gehören im Themenfeld „Daseinsvorsorge und Infrastruktur“ der Ausbau der Telekommunikationsinfrastruktur sowie die Konsolidierung des Straßennetzes dort, wo Bundes-, Landes- und Kreisstraßen parallel verlaufen oder sehr wenig befahrene Strecken instand gesetzt werden müssen. Aspekte der Weiterbildung, wie z.B. zur Medienkompetenz, werden im Themenfeld „Bildung und Arbeit im Alter“ vertieft.

B.4.1 Reform des ÖPNV: Netzstruktur, Finanzierung und Mobilitätsmanagement

Die mit dem demografischen Wandel einhergehenden Entwicklungen erfordern eine Reform des gesamten schienen- und straßengebundenen Systems des ÖPNV. Damit muss auch eine Novellierung des Gesetzes über den öffentlichen Personennahverkehr in Mecklenburg-Vorpommern (ÖPNVG M-V) verbunden sein. Ein wesentlicher Treiber ist der Rückgang des Schülerverkehrs, der die wichtigste Grundlage und damit auch eine finanzielle Basis des derzeitigen Angebots ist. Eine Anpassung des Bedienungsangebotes ist demzufolge unausweichlich. Gleichzeitig zeigt die Situationsanalyse in Mecklenburg-Vorpommern, dass auch zukünftig – neben anderen Nutzergruppen – insbesondere ältere Menschen auf ein ÖPNV-Angebot angewiesen sein werden. Dabei macht der ÖPNV immer ein Angebot für verschiedene Nutzergruppen, deren unterschiedliche Ansprüche bei der Angebotsgestaltung berücksichtigt werden müssen. Die Empfehlungen gehen von folgenden Grundsätzen aus:

- Der ÖPNV ist und bleibt eine der wichtigsten Aufgaben der Daseinsvorsorge.
- Die geringe Siedlungsdichte und Siedlungsstruktur sowie die weiter sinkende Bevölkerungszahl bei gleichzeitigem Anspruch der Sicherstellung der Mobilität für alle Nutzergruppen erfordern teilweise unkonventionelle Lösungen.
- Vor dem Hintergrund zurückgehender öffentlicher Mittel sind Mobilitätskonzepte erforderlich, die sich durch niedrige finanzielle Aufwendungen und hohe Anpassungsfähigkeit auszeichnen.
- Die für den ÖPNV verfügbaren Mittel sind auf ein nachhaltiges, effizientes und integriertes System zu konzentrieren.
- Parallelbedienungen durch unterschiedliche Verkehrsträger des ÖPNV sind grundsätzlich abzubauen und in der künftigen Planung zu vermeiden.
- Die Belange mobilitätseingeschränkter und älterer Menschen müssen unter Einbeziehung ihrer Interessenvertretungen stärker als bisher in der Planung berücksichtigt werden.
- Demografiefeste Mobilitätskonzepte erfordern weitergehende Formen der Abstimmung, Kommunikation und Wissensvermittlung als bisher, sowohl im Hinblick auf die verschiedenen Akteure auf der Anbieterseite als auch zwischen Land, Landkreisen, kreisfreien Städten, Kommunen und potenziellen Nutzern.
- Die Finanzierung sollte die Handlungsmöglichkeiten der ÖPNV-Aufgabenträger erweitern und stärken, sowie maßgeschneiderte Lösungen auf der gemeindlichen Ebene ermöglichen – dabei sind ggf. die Konnexitätsregelungen zu beachten.

Hauptliniennetz: Verbundstrukturen und integraler Taktfahrplan

Ein zukunftsfester ÖPNV ist effizient, weitgehend barrierefrei, pünktlich, zuverlässig, schnell und sicher. Ein zukunftsweisendes Verkehrsnetz ist mindestens dreigliedrig und besteht aus einem Bus und Bahn umfassenden, landesweiten Hauptliniennetz und regionalen

Nebenliniennetzen sowie einer umfassenden Flächenerschließung. Ziel ist, gegenüber dem heutigen Angebot eine bessere Erreichbarkeit zu gewährleisten.

Die Fahrzeuge im ÖPNV müssen grundsätzlich entsprechend ihrer Stärken eingesetzt werden. Das bedeutet, dass große Fahrzeuge (Züge, Standardbusse) überwiegend auf den Hauptachsen (Oberzentren, Mittelzentren, Grundzentren und weitere Orte bei entsprechendem Nachfragepotenzial) eingesetzt werden, während der Einsatz von Kleinbussen im Nebenliniennetz und der Flächenerschließung zu einer Einsparung an materiellen und finanziellen Ressourcen führt. Das Hauptnetz von Bus und Bahn ist dabei als ein integriertes System zu entwickeln, in dem die Verkehrsmittel aufeinander abgestimmt und durch kurze Umsteigewege miteinander verknüpft sind. Verkehrsverbundstrukturen und eine integrierte Nahverkehrsplanung sind wichtige Ansätze auf dem Weg einer Neustrukturierung des ÖPNV.

Konkret gibt die Enquete-Kommission dafür folgende Handlungsempfehlungen:

- Das Land Mecklenburg-Vorpommern muss gemeinsam mit den Aufgabenträgern des straßengebundenen ÖPNV ein effizientes, Bus und Bahn umfassendes, landesbedeutsames Netz im ÖPNV-Plan definieren. Gewährleistet werden soll eine möglichst weitreichende und dichte Flächenerschließung unter besonderer Berücksichtigung der Anbindung der Mittelzentren, der Grundzentren und jener Orte, die als Knotenpunkte im ÖPNV-Netz dienen oder ein entsprechendes Verkehrsaufkommen (z.B. aufgrund touristischer Attraktivität) erwarten lassen. Ein solches verlässliches ÖPNV-Landesnetz übernimmt eine Rückgratfunktion.
- Wesentlicher Bestandteil des Hauptliniennetzes ist der Schienenpersonennahverkehr (SPNV). Ein weiterer Abbau im Bereich des SPNV muss mindestens bis zur Umsetzung der hier empfohlenen Reform des ÖPNV vermieden werden, um flexibel auf zukünftige Bedarfe reagieren zu können.
- Im Zusammenhang mit der Entwicklung eines Landesnetzes müssen Parallelbedienungen von Bus und Bahn abgebaut werden, damit z.B. die Züge auch stärker für den Schülerverkehr genutzt werden können.
- Das ÖPNV-Landesnetz muss bestimmte Qualitätskriterien erfüllen: Kern des Konzeptes ist ein landesweiter, auf den schienengebundenen Fernverkehr abgestimmter, perspektivisch länderübergreifender, integraler Taktfahrplan (ITF). Er beinhaltet einen schnellen Regionalverkehr - mindestens im 2-Stunden-Takt auf den Hauptachsen - und einen Taktverkehr auch zu Tagesrandzeiten, in den Ferien sowie an den Wochenenden. Eine möglichst weitgehende Umsetzung der Barrierefreiheit ist ein weiteres Qualitätskriterium für das Hauptnetz.
- Über Echtzeitfahrpläne sind die Umsteigeoptionen kundenorientiert aufeinander abzustimmen. Dies ist durch die Verkehrsunternehmen in der Taktung zu berücksichtigen und durch angemessene Umsteigezeiten zu gewährleisten.
- Eine Abstimmung der Nahverkehrspläne angrenzender Regionen innerhalb des Landes ist notwendig. Die Koordination über die Landesgrenzen Mecklenburg-Vorpommerns hinweg verbessert die Anbindung an die Metropolregionen Berlin, Hamburg, Stettin und weitere Oberzentren deutlich.
- Um die Koordinationsaufgaben zu erfüllen, die aus dem Umbau des Nahverkehrs entstehen, ist die Bildung von kreisübergreifenden Verkehrsverbänden erforderlich. Wichtig ist im Kontext des angestrebten Landesnetzes sowie der Ausweitung regionaler Verkehrsverbände eine Klärung der künftigen Aufgabenträgerschaft, die

auch die formelle und inhaltliche Bestellung der Leistungen des ÖPNV (§ 3 ÖPNVG M-V) beinhalten muss.

- Die Einführung eines einfachen, transparenten und landeseinheitlichen Tarifsystems für Bus und Bahn und alternative Bedienformen für das ganze Land und die Ausweitung des Geltungsbereiches von Regionaltickets sind zu ermöglichen.

Nebenliniennetz: Flächenerschließung durch alternative Bedienformen und Gemeinschaftsverkehre

In der Netzhierarchie unterhalb des Hauptnetzes angesiedelt sind das bedarfsorientierte Nebenliniennetz, welches derzeit primär an den Belangen des Schülerverkehrs ausgerichtet ist, sowie die Flächenerschließung durch Gemeinschaftsverkehre. Diese müssen neben Belangen des Schülerverkehrs auch lokale und regionale Nachfragen der anderen Nutzergruppen hinreichend berücksichtigen, da der Schülerverkehr nur etwa für die Hälfte der Tage des Jahres angeboten wird. Es gilt, für alle, die über keinen Pkw verfügen, ihn nicht nutzen wollen oder nicht mehr nutzen können, Mobilität zu ermöglichen. In der Kombination von Nebenliniennetz und Flächenerschließung müssen sehr unterschiedliche, an die lokalen Bedürfnisse angepasste, Lösungen ermöglicht werden (Rufbusse, Anrufsammeltaxis, Eventbusse, Shuttlebusse, Kombiangebote). Es gilt, sie aufeinander abzustimmen, damit die Sicherstellung der Transportkette gewährleistet wird.

Die Aufgabenträger des straßengebundenen ÖPNV sind für sehr große Gebiete zuständig, was zu einer gewissen Entfernung von den lokalen Herausforderungen auf Ebene der Gemeinde führen kann. Vor diesem Hintergrund kommt den Akteuren vor Ort eine zunehmend wichtige Rolle in der Koordination und Initiierung der Weiterentwicklung der Flächenerschließung zu. Wesentlich dafür werden das Engagement und die Kreativität bei den jeweils zuständigen Aufgabenträgern des straßengebundenen ÖPNV sowie bei den Gemeinden sein, um von unten eigene Lösungen entwickeln zu können. Denn öffentlicher Personennahverkehr in Mecklenburg-Vorpommern wird zukünftig insbesondere in der Fläche in großen Teilen aus Gemeinschaftsverkehren bestehen, die aus öffentlichen, privatwirtschaftlichen oder bürgerschaftlichen Ressourcen generiert werden. Sie sind als Einzelbausteine eines Gesamtbildes zu begreifen, wofür das Land den Rahmen bereitstellen muss.

Konkret gibt die Enquete-Kommission dafür folgende Handlungsempfehlungen:

- Bei der Nebennetzgestaltung ist von den Aufgabenträgern und den Verkehrsunternehmen darauf zu achten, dass an potenziellen Umsteigepunkten die optimale Verknüpfung mit dem Hauptnetz und der Flächenerschließung sichergestellt ist, sodass unter anderem ein garantierter Anschluss, kurze Wartezeiten sowie eine optimierte Haltestelleninfrastruktur gegeben sind.
- Die Angebote des Nebenliniennetzes müssen möglichst umsteigefreie Verbindungen in das Gemeindezentrum oder einen Gemeindehauptort ermöglichen und dort mit den Hauptachsen verknüpft werden, die weiterführende Verbindungen gewährleisten. Dabei muss die Hin- und Rückfahrt zu Einrichtungen der Daseinsvorsorge, wie z.B. Arztpraxen, an einem Tag gewährleistet sein.
- Das Land muss die organisatorischen, rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen schaffen, in die sich die Gemeinschaftsverkehre einbetten lassen.
- Die Etablierung von Gemeinschaftsverkehren und innovativen Bedienformen muss mit mindestens 1,5 Millionen Euro pro Jahr aus Landesmitteln gefördert werden.

- Förderfähig sollten Beratungsangebote, Potenzialanalysen, Investitions- und Betriebskosten sowie Aufwandsentschädigungen für bürgerschaftlich Engagierte sein.
- Um das Nebenliniennetz auch für andere Nutzer attraktiv zu gestalten, ist die Planung der Schulstandorte in Hinblick auf den Schülerverkehr mit der Raum- und Verkehrsplanung zu harmonisieren. Eine Überplanung des ÖPNV entsprechend den Grundsätzen eines integralen Taktfahrplans wird weitere Abstimmungen zwischen Schulanfangs- und -endzeiten und den ÖPNV-Bedienungen erforderlich machen. Aufgrund seiner schulpolitischen Verantwortung muss das Land auf eine entsprechende Anpassung hinwirken.
 - Perspektivisch muss eine Diskussion darüber geführt werden, in welcher Form die Schülerbeförderung verkehrstechnisch und finanziell mit den ÖPNV-Erfordernissen effizienter verschränkt werden kann, um Synergien zu nutzen.
 - Flexible, alternative und selbstorganisierte Bedienkonzepte sind bereits heute konzessionsrechtlich (§ 3 Absatz 4 ÖPNVG M-V; Personenbeförderungsgesetz - PBefG) durch den Aufgabenträger, ggf. auch mit variabler Linienführung, möglich und müssen zukünftig breitere Anwendung finden. Dies ist mit einer entsprechenden landesweiten Kampagne zu unterstützen.
 - Es ist eine umfassende, rechtliche Verankerung aller flexiblen und alternativen Bedienformen auch in der Bundesgesetzgebung anzustrengen, u.a. über eine Bundesratsinitiative zur Anpassung des Personenbeförderungsgesetzes. So sind beispielsweise Parallelverkehre von ohnehin verkehrenden Fahrzeugen, so z.B. Krankenfahrten und Gütertransporte, zugunsten neuer Kooperationsformen zur Mitnahme von Fahrgästen aufzulösen.
 - Hinsichtlich neuer Kooperationsmodelle ist die Zusammenarbeit mit allen relevanten Akteuren aus dem Gesundheitsbereich notwendig, u. a. mit den gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Hierzu bedarf es einer landesweiten Abstimmung und Koordination aller Akteure im Bereich der Gesundheitsversorgung unter Federführung der Landesregierung, bei der auch die Mitwirkung an der Finanzierung der Mobilitätsangebote festzuschreiben ist. Die Disposition der Fahrten ist durch eine Mobilitätszentrale zu gewährleisten.
 - Mit der Einführung der Raumkategorie „Ländliche GestaltungsRäume“ wird ein Rahmen geschaffen, der entsprechend der hier aufgeführten Handlungsempfehlungen neue Möglichkeiten im Bereich der Mobilität eröffnen kann. So können hier Vorschriften zunächst modellhaft abgebaut werden, die innovative Mobilitätskonzepte hemmen, die insbesondere für periphere ländliche Räume geeignet scheinen.
 - Kurse für den (altersbedingten) Umstieg vom Auto auf den ÖPNV sollten in Zusammenarbeit von Verkehrsunternehmen, Verkehrswacht und Bildungsträgern angeboten werden.
 - Angebote, die sich durch Regelmäßigkeit zumindest an einzelnen Wochentagen und ein gewisses Maß an Vertrautheit, insbesondere aufgrund bekannten Fahrpersonals, auszeichnen, kommen den Belangen älterer Menschen am meisten entgegen und sind deshalb bevorzugt zu bestellen.
 - Kommunen soll durch eine rechtssichere und bundeseinheitliche Regelung die Möglichkeit gegeben werden, reservierte bzw. privilegierte Car-Sharing-Stellplätze im öffentlichen Straßenraum einzurichten, analog zu Taxi-Stellplätzen. Eine entsprechende Bundesinitiative ist durch die Landesregierung zu unterstützen.

Mobilitätsmanagement: Landeskompetenzzentrum und Mobilitätszentralen

Um Aufgabenträgern, Kommunen und Verkehrsunternehmen den Einstieg in ein integriertes und intelligent vernetztes öffentliches Mobilitätsangebot mit neuen Bedienformen und alternativen Mobilitätsansätzen zu erleichtern, bedarf es unter anderem verkehrsoptimierender Koordinations-, Organisations-, Kommunikations- und Dispositionsaktivitäten. Dabei muss in einem viel stärkeren Umfang auf neue Lösungen gesetzt werden, wobei gute Erfahrungen für den ÖPNV in ländlichen Räumen stärker zu nutzen sind. Mecklenburg-Vorpommern benötigt einen Wissenstransfer, für den das Land die Verantwortung übernehmen sollte. In einem Landeskompetenzzentrum muss das Wissen zu alternativen Mobilitätsformen abgerufen werden können. Mobilitätszentralen disponieren die verschiedenen Verkehrsmittel und fügen sie zu einem integrierten System zusammen. Dabei müssen Parallelbedienungen vermieden werden. Insbesondere für die Planung und Bereitstellung der Mobilitätsangebote zur Flächenerschließung ist die Bürgerbeteiligung zu stärken.

Einrichtung eines Landeskompetenzzentrums für Mobilität

Das Landeskompetenzzentrum richtet sich sowohl an die Aufgabenträger des straßengebundenen ÖPNV als auch an die Akteure auf der Gemeindeebene.

Konkret gibt die Enquete-Kommission dafür folgende Handlungsempfehlungen:

- Die Verkehrsgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern mbH könnte als bestehende Institution auf Landesebene zu einem Kompetenzzentrum für den gesamten ÖPNV weiterentwickelt werden. Dazu wäre sie durch die Landesregierung entsprechend mit zusätzlichen Finanzmitteln wie auch Personalkapazitäten auszustatten.
- Das Kompetenzzentrum ÖPNV auf Landesebene wäre dann Anlaufstelle für alle im Zusammenhang mit der Einführung von Gemeinschaftsverkehren auftretenden rechtlichen und organisatorischen Fragen. Hierbei spielt die beratende Unterstützung von Landkreisen bzw. Aufgabenträgern und Kommunen und anderen Akteuren auf Gemeindeebene, die beispielsweise einen Bürgerbus initiieren möchten, eine wichtige Rolle. Dazu zählt auch die Klärung der Haftungsregelungen für den Mitnahmeverkehr. Informationen zur Einführung von alternativen Bedienformen und Gemeinschaftsverkehren sind z.B. in Form von Handreichungen für Anbieter verfügbar zu machen.
- Das Kompetenzzentrum soll darüber hinaus die Einrichtung einer virtuellen Plattform für die Organisation und Integration von Gemeinschaftsverkehren initiieren.

Einrichtung von Mobilitätszentralen

Flexiblen und integrierten Angebotsformen kommt zukünftig im ÖPNV ein größeres Gewicht zu. Hierfür sind Mobilitätszentralen mit service- und nutzerorientierten Kommunikations- und Dispositionsmöglichkeiten zu schaffen. Die neuen technologischen Entwicklungen ermöglichen heute schon, dass über internetbasierte Auskunfts-, Buchungs- und Abrechnungssysteme die Verkehrsmittel und Mobilitätsangebote nach individuellen Bedürfnissen gewählt und intelligent miteinander verknüpft werden. Innovative, flexible Lösungen finden bei den älteren Nutzern derzeit nur eine eingeschränkte Akzeptanz, insbesondere dann, wenn der Zugang eine Voranmeldung oder die Nutzung neuer

Kommunikationsmedien erfordert. Obwohl sich dies mit den kommenden, technikaffineren Generationen ändern wird, muss es derzeit aber noch beachtet werden.

Konkret gibt die Enquete-Kommission dafür folgende Handlungsempfehlungen:

- Um zukünftig Angebote des öffentlichen Personennahverkehrs und verschiedene Personenverkehrsdienste (Krankenfahrten, Behindertentransporte) sowie private Mitfahrgelegenheiten koordinieren zu können, sind verkehrsmittel- und verkehrsträgerübergreifende Mobilitätszentralen vorzuhalten, die nicht nur für jeweils ein Verkehrsunternehmen zuständig sind.
- Langfristig sollte auf Landesebene die Basis dafür gelegt werden, um diese Mobilitätszentralen bei einem Akteur anzusiedeln, der keine Einzelinteressen verfolgt. Stattdessen sollte er eine sachgerechte und effiziente Mobilitätsversorgung sowie die Integration aller Anbieter von Mobilitätsleistungen gewährleisten.
- Aufgrund der zu erwartenden hohen Anzahl und Vielfalt der beteiligten Akteure kommt dem Kompetenzzentrum die Aufgabe zu, die Etablierung der Mobilitätszentralen anzustoßen und die Finanzierung zu organisieren. An der Finanzierung beteiligen sollten sich alle Akteure, die hiervon profitieren.
- Private und kommerziell angebotene Mitnahmen müssen über die Mobilitätszentralen angeboten werden und darüber buchbar sein.
- Die Mobilitätszentralen stellen beispielsweise internetbasierte Auskunft- und Informationssysteme zur Verfügung, synchronisieren und vereinfachen Buchungs- und Abrechnungsvorgänge, organisieren Mitfahrten und ermöglichen intermodale Mobilitätsketten in den ländlichen Räumen.
- Die Mobilitätszentralen dürfen nicht nur über moderne IT-Kommunikationswege erreichbar sein, sondern müssen auch den Bedürfnissen wenig technisch affiner Menschen entsprechen. Das setzt eine nutzerfreundliche Erreichbarkeit für den Kunden über eine kostenfreie zentrale Rufnummer voraus. Aus dem gleichen Grund muss die Anmeldung auch durch legitimierte Dritte erfolgen können, wie z.B. Angehörige und Medizinische Fachangestellte.

Beteiligungskultur: Mobilitätskonferenzen und Regionalkoordinatoren

Mobilität der Zukunft setzt eine neue Beteiligungs- und Planungskultur voraus. Dazu muss Bürgerbeteiligung, die Frauen und Männer gleichermaßen einbezieht, auf allen wichtigen Ebenen verankert werden, vor allem in der Flächenerschließung. Bei der Etablierung der Gemeinschaftsverkehre werden lokale Initiativen und regionale Koordinatoren eine entscheidende Rolle übernehmen. Dafür muss die zivilgesellschaftliche Verantwortung gestärkt werden.

Konkret gibt die Enquete-Kommission dafür folgende Handlungsempfehlungen:

- Die im ersten Zwischenbericht bereits benannten Quartiers-, -Stadt-, und Dorfmanager begleiten die Entwicklung von Gemeinschaftsverkehren und vernetzen sie mit anderen lokalen Initiativen, wie z.B. Dorfläden.
- Im Rahmen einer Landesengagementstrategie muss die Weiterbildung für Akteure im Bereich der Mobilität angeboten werden. Themen können u.a. sein: die Moderation von Veranstaltungen und Workshops, die Beratung zu Vereinsgründungen und vereinsinterner Organisation, zu Finanzierungsmöglichkeiten sowie zur

Kommunikation mit Verkehrsunternehmen, die Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit, die Beratung bei der Abwicklung von Formalitäten, und zu rechtlichen Rahmenbedingungen, sowie die Vernetzung und Koordinierung der Partner.

- Aufwandsentschädigungen sind ein probates Mittel, um das bürgerschaftliche Engagement in Gemeinden, z.B. das Fahren von Bürgerbussen, zu fördern. Hierfür müssen alle aufkommen, die von diesen neuen Angeboten unmittelbar Vorteile haben.
- Runde Tische zur Mobilität unter Beteiligung aller relevanten Akteure, unter anderem aus dem Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich sowie die Einbeziehung betroffener, vor allem auch mobilitätseingeschränkter Personengruppen bzw. ihrer Interessenvertretungen, sind ein geeignetes Instrument, um die Bedarfe zu identifizieren. Sie sind ein wichtiger Baustein, um eine Flächenerschließung passgenau zu realisieren.

Finanzstrukturen: Bündelung und Regionalisierung

Das Land steht in der Verantwortung, eine zuverlässige Basisfinanzierung des ÖPNV sicherzustellen. Das Finanzierungssystem des straßengebundenen ÖPNV in Mecklenburg-Vorpommern ist gegenwärtig sehr komplex. Es zeichnet sich durch eine Vielzahl unübersichtlicher Finanzströme aus, die von unterschiedlichen Fachressorts verwaltet werden. Eine solche Finanzierungsstruktur verhindert eine nachhaltige ÖPNV-Mobilität. Gleichzeitig hat das Land die Aufgabe, darauf hinzuwirken, dass die Bundesmittel für den ÖPNV erhalten bleiben. Eine engagierte Landesverkehrspolitik schafft eine argumentative Basis hierfür. Es geht weniger um den Ausbau, sondern vielmehr um die Vorhaltung einer bedarfsgerechten Infrastruktur und deren intelligente und effiziente Nutzung. Angesichts der mit Unsicherheit behafteten künftigen Höhe der Bundeszuweisungen (u.a. Revision der Regionalisierungsmittel im Jahr 2015) bedarf es schon jetzt einer Verständigung zur zukünftigen Ausgestaltung des ÖPNV in Mecklenburg-Vorpommern.

Konkret gibt die Enquete-Kommission dafür folgende Handlungsempfehlungen:

- Vor dem Hintergrund wachsender Verantwortung bei den Aufgabenträgern ist es erforderlich, die Finanzmittel für den ÖPNV auch stärker dort zu bündeln und so gleichzeitig Finanzstrukturen zu vereinfachen und zu entbürokratisieren. Ziel sollte es sein, künftig nur einen Zuwendungsbescheid je Aufgabenträger zu erteilen. Das Land prüft daher eine Reform der Finanzierung des ÖPNV. Grundlage hierfür ist eine vollständige Auflistung der bisherigen Finanzierungsmittel und -quellen.
- Als Verteilungsparameter für einen neuen Pauschalbetrag an die Aufgabenträger, der die heutigen verschiedenen Stränge zusammenfasst, kommen beispielsweise in Frage: eingesetzte Eigenmittel der Aufgabenträger, Aufwand (z.B. Fahrplanangebot und Schüler), Erfolg (z.B. Anteil am Modal Split oder Anzahl beförderter Personen inkl. der Touristen) und Qualität (z.B. durch das ÖPNV-Angebot gewährleistete Erreichbarkeiten). Eine solch grundlegende Umsteuerung müsste durch eine Reform des ÖPNVG M-V (insbes. § 8) begleitet werden.
- Perspektivisch ist eine Dynamisierung der Mittel für die kommunalen Aufgabenträger für den SPNV und ÖPNV mit einem jährlichen Zuwachs in Höhe von 2 % anzustreben.
- Gegenüber der Bundesregierung setzt sich die Landesregierung in Kooperation mit den Landesregierungen der Neuen Bundesländer für die Verstetigung der

Dynamisierung der Regionalisierungsmittel ein, deren Einsatz auch zukünftig bedarfsgerecht und zweckgebunden erfolgen muss.

- Auch für eine verlässliche Anschlussfinanzierung für das Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetz-Bundesprogramm für die Zeit nach 2019 setzt sich die Landesregierung ein. Die für den Bereich der Mobilität durch den Bund zur Verfügung gestellten Entflechtungsmittel sind in vollem Umfang für diesen Zweck zu verwenden.
- Ebenfalls ist zu befördern, dass Finanzmittel für den ÖPNV von den Aufgabenträgern an die Gemeinden weitergereicht werden können, wenn diese eigene Konzepte für Mobilität und Verkehr entwickeln. Für eine Übertragung von Aufgaben vom Kreis auf die Gemeinden bietet das ÖPNV-Gesetz des Landes bereits die Möglichkeit (§ 3 Absatz 4 ÖPNVG M-V).

B.4.2 Mobilitätsinfrastruktur: Barriereabbau, seniorengerechte Straßenraumgestaltung und Verkehrssicherheit

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, von körperlichen und/oder geistigen Beeinträchtigungen betroffen zu sein. Damit verändern sich die Mobilitätsansprüche. Neben materiellen Barrieren gewinnen dann auch Aspekte wie Erreichbarkeit, Sicherheit, Begegnungsmöglichkeiten und Aufenthaltsqualität zunehmend an Bedeutung. Die unsichere Entwicklung der Finanzmittel erfordert eine pragmatische Herangehensweise, u.a. in der Frage der Standardsetzung, sowie eine Priorisierung von Maßnahmen der Barrierefreiheit. Die Schaffung von „Barrierefreiheit“ ist insgesamt als ein Prozess zu verstehen, der gemeinsam zu gestalten ist.

Barriereabbau im ÖPNV

Ein barrierefreier Ausbau des ÖPNV muss vor dem Hintergrund klarer Prioritätensetzung angestrebt werden. Auch wenn bspw. § 8 Absatz 3 PBefG das Ziel formuliert, bis zum 1. Januar 2022 die vollständige Barrierefreiheit im ÖPNV herzustellen, so ist dies in der Praxis insbesondere für kommunale Baulastträger kaum umsetzbar. Dennoch muss das Mögliche unternommen werden, um Barrieren abzubauen. Hier gilt es Prioritäten zu setzen, Stufenlösungen zu realisieren sowie Ausnahmen zu begründen. Neben dem Zugang zu Haltestellen und Fahrzeugen sind auch Informationssysteme, Zustiege und der Aufenthalt in den Fahrzeugen so barrierearm wie möglich zu gestalten.

Konkret gibt die Enquete-Kommission dafür folgende Handlungsempfehlungen:

- Das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG), das Landesbehindertengleichstellungsgesetz (LBGG M-V) und die Standards der Barrierefreiheit für den ÖPNV vom Deutschen Behindertenrat sind Grundlage für die Planungen des ÖPNV und daher in diese einzubeziehen.
- Konzepte zur Herstellung der Barrierefreiheit gemäß § 8 Absatz 3 Satz 3 PBefG sind in den Nahverkehrsplänen zu verankern. Im integrierten Landesverkehrsplan M-V sind Anleitungen zur Umsetzung festzuschreiben und so die Grundlage für Transparenz und Planungssicherheit im Umgang mit der Priorisierung der Umsetzungsschritte bei der Herstellung der Barrierefreiheit zu schaffen. Dies gilt auch in Bezug auf die flexiblen und alternativen Bedienformen.

- Die Belange von Menschen mit Behinderungen und mobilitätseingeschränkter Menschen sind bei entsprechenden Ausschreibungen für Leistungen im ÖPNV zu berücksichtigen.
- Fördervoraussetzung für den Neukauf von Fahrzeugen für den ÖPNV ist das Kriterium der Barrierefreiheit. Solange die Fahrzeugbeschaffung noch durch das Land gefördert wird, darf sich die Förderung nicht auf Niederflrbusse beschränken, sondern muss den Verkehrsakteuren mehr Flexibilität einräumen, indem beispielsweise auch barrierefreie Kleinbusse gefördert werden können. Die Förderung von barrierefreien Kleinbussen mit energieeffizienten Antriebsformen ist in den Anforderungskatalog aufzunehmen.
- Die Informationen zur Nutzung des ÖPNV müssen möglichst standardisiert und barrierefrei auch online bereitgestellt werden. Gerade für die älter werdende Bevölkerung ist die Verfügbarkeit und Lesbarkeit der Fahrpläne an den Haltestellen sowie in öffentlichen Einrichtungen wie Pflegeheimen, Arztpraxen, Bibliotheken, Ämtern sowie Versorgungseinrichtungen sicherzustellen.
- Knotenpunkte des Landesnetzes müssen prioritär barrierefrei umgestaltet werden.
- Ziel ist es, Haltestellen ebenso wie die Zuwegungen zu diesen letztendlich weitestgehend barrierefrei zu gestalten.
- Der Abbau von Barrieren an Haltestellen muss förderfähig sein, selbst wenn der Standard nach DIN nicht erreicht wird.
- Bei der Gestaltung des Liniennetzes sind die Bedürfnisse älterer Menschen zu berücksichtigen. An häufig frequentierten Zielorten älterer Menschen, wie zum Beispiel vor Versorgungs-, Bildungs-, Freizeit- und Gesundheitseinrichtungen, müssen barrierefreie Haltestellen vorgehalten werden oder entsprechende Bedarfshalte ermöglicht werden, ggf. auch unter Inkaufnahme von Änderungen der Linienführung.
- In den Fahrplänen sind angemessene Zeiten für den Ein-, Aus- und Umstieg älterer Menschen zu berücksichtigen. Darüber hinaus sind die Verkehrsanlagen im Umfeld der Haltepunkte den Zeitbedürfnissen älterer Menschen anzupassen.
- Die Grundlage für die Planung des Umbaus, aber auch für die Bereitstellung von Informationen für Reisende mit Mobilitätseinschränkungen, ist die Erstellung eines systematisierten und landesweit einheitlichen Verfahrens zur Erfassung des Zustands sowie der Ausstattung der Haltepunkte des ÖPNV in einem Haltestellenkataster. Daraus lassen sich die Anzahl sowie die Verortung notwendiger Haltepunkte ableiten. Das Land setzt hier die inhaltlichen und informationstechnischen Standards, während die Kommunen die Datenerhebung durchführen.
- Haustürbedienung, Bedarfshalte und Halten auf Wunsch verkürzen die Wege und die Reisezeiten mobilitätseingeschränkter Menschen und sind deshalb zu ermöglichen. Die kostenintensive Einrichtung zusätzlicher barrierefreier Haltestellen kann dadurch entfallen. Dafür muss der fachzuständigen Behörde eingeräumt werden, Genehmigungen der Haustürbedienung durch den ÖPNV zu erteilen, auch in abweichenden Regelungen (zeitlichen Abweichungen) und Ausnahmetatbeständen zu Bestimmungen zur Barrierefreiheit nach § 62 Absatz 2 PBefG.

Seniorenrechte Straßenraumgestaltung und Verkehrssicherheit

Um die Lebensqualität bis ins hohe Alter sicherzustellen, braucht es attraktive Begegnungsorte im öffentlichen Raum mit hoher Aufenthaltsqualität. Die Barriere der Distanz sowie wichtige Wegereaktionen müssen bei der Verkehrsplanung und

Straßenraumgestaltung berücksichtigt werden. Von einer altersgerechten Gestaltung öffentlicher Räume profitieren neben Seniorinnen und Senioren auch alle anderen Personengruppen, z.B. Familien mit Kinderwagen. Barrierefreie Angebote können im Rahmen des demografischen Wandels auch für die Tourismuswirtschaft neue Zielgruppen erschließen.

Konkret gibt die Enquete-Kommission dafür folgende Handlungsempfehlungen:

- Maßstab für eine fußgängerfreundliche Straßenraumgestaltung ist die Einsatzfähigkeit gebräuchlicher Rollatoren.
- Die Bereitstellung sicherer Abstellmöglichkeiten für Fahrräder, Kinderwagen, Rollatoren und Rollstühle im Geschosswohnungsbau liegt in der Verantwortung der Hauseigentümer. Ein intensiver Austausch mit Wohnungsunternehmen ist in diesem Zusammenhang angezeigt. Die Regelungen in § 48 der Musterbauordnung sind für Mecklenburg-Vorpommern zu übernehmen.
- Straßenführungen, Verkehrsknotenpunkte, Querungshilfen, Parkplätze, Parkhäuser und deren Zufahrten müssen übersichtlich gestaltet sein, um die Unfallrisiken älterer Verkehrsteilnehmer zu mindern.
- Die Enquete-Kommission spricht sich für eine weitergehende streckenbezogene Geschwindigkeitsbegrenzung vor allgemeinbildenden Schulen, Kindertagesstätten sowie Alten- und Pflegeheimen aus, da in diesen Bereichen häufig eine besondere Gefahrenlage besteht. Unter Umständen sind Öffnungszeiten zu berücksichtigen.
- Querungshilfen und Zebrastreifen auch in Tempo-30-Zonen (§ 45 Absatz 1c Straßenverkehrsordnung) sind zu ermöglichen. Ausreichende Sitzgelegenheiten im öffentlichen Raum erhöhen die Reichweite von bewegungseingeschränkten Menschen und sind daher nach Möglichkeit bedarfsgerecht auszubauen.
- Die gute Praxis, den häufigen Wechsel von Geschwindigkeitsbeschränkungen zu vermeiden, muss fortgesetzt werden.
- Wo möglich sind Verkehrsknotenpunkte und Parkplätze zugunsten einer gehobenen Verkehrssicherheit als Kreis- bzw. Ringverkehre zu gestalten.
- Ein angemessener Anteil von Parkbuchten und Parkhausplätzen ist den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen anzupassen, um ein sicheres Ein- und Aussteigen auch unter Nutzung von Gehhilfen/Rollatoren zu ermöglichen.
- Das Prinzip von Shared Space - der gleichberechtigten Teilhabe aller Verkehrsteilnehmer am Straßenraum - kann einen Beitrag leisten, Quartiere seniorengerecht zu gestalten. Die Landesregierung sollte prüfen, inwiefern dieses Konzept in den Kommunen des Landes umgesetzt werden kann.
- Spezielle Trainingsangebote für das Fahren eines Pkw oder Elektrofahrrads, insbesondere für ältere Menschen, sind regelmäßig und niederschwellig anzubieten.
- Die Anzahl der freiwilligen Verkehrstauglichkeitschecks ist perspektivisch zu erhöhen und durch eine landesweite Kampagne zu befördern. Eine obligatorische Eignungsuntersuchung für ältere Autofahrer lehnt die Enquete-Kommission jedoch ab.
- Die Absenkung des Mindestalters für das begleitete Fahren von 17 auf 16 leistet nicht nur einen Beitrag zur Verkehrssicherheit, sondern ist geeignet, in peripheren ländlichen Räumen die Mobilität Jugendlicher sicherzustellen und kann sich positiv auf den Mitnahmeverkehr auswirken.

B.4.3 Alternative Formen der Flächenerschließung: Radmobilität, innovative Technologien und Vermeidung erzwungener Mobilität

Mit fortschreitendem Alter gewinnt die Nahmobilität an Bedeutung: Arztbesuche nehmen zu, hindernis- und umsteigefreie Verbindungen werden wichtiger und die zurückgelegten Wege werden kürzer und seltener. Im Ergebnis steigt die Abhängigkeit von öffentlichen Verkehrsmitteln. Im gleichen Maße gewinnt das Wohnumfeld an Bedeutung. Die Erreichbarkeit der Grundzentren mit den traditionellen Verkehrsmitteln kann ergänzt werden durch Vermeidung erzwungener Mobilität, durch Radmobilität und durch innovative Technologien.

Vermeidung erzwungener Mobilität: Nahversorgung und virtuelle Mobilität

Die Erreichbarkeit der Grundzentren mit der dort vorhandenen Infrastruktur wird immer wichtiger. Ergänzend können u.a. Dorfläden das Service- und Dienstleistungsspektrum erweitern. Durch die Sicherung der Nahversorgung können „erzwungene“ Wege vermieden werden. In Regionen, wo klassische Versorgungs- und Dienstleistungsangebote nicht mehr wirtschaftlich tragfähig sind, müssen diese „unter einem Dach“ gebündelt, mobil disponiert oder auch virtuell erreichbar gemacht werden. Solche Strategien werden schon in einer Reihe von Modellprojekten, wie der Neuen Dorfmitte oder den multiplen Häusern, getestet.

Insgesamt wird es notwendig sein, zur Schaffung eines seniorengerechten Wohnumfeldes die Bereiche Mobilität, Versorgung und Gemeinschaft verstärkt ressortübergreifend zu denken. Die Zusammenführung verschiedener Förderquellen auf der Ortsteil- bzw. Quartiersebene verleiht dem Quartiers- bzw. Dorfmanagement auch für den Bereich der Mobilität eine entscheidende Bedeutung.

Zudem können Informations- und Kommunikationstechnologien helfen, erzwungene Wege zu vermeiden. Angefangen von sozialen Kontakten, über Online-Bestellungen bis hin zur telemedizinischen Versorgung bieten sich vielfältige Möglichkeiten, eingeschränkte Handlungsspielräume wieder zu erweitern. Dafür sind leistungsfähige Kommunikationsstrukturen zu schaffen und – bei Bedarf – die Medienkompetenz der Seniorinnen und Senioren zu stärken.

Konkret gibt die Enquete-Kommission dafür folgende Handlungsempfehlungen:

- Modellprojekte zur Sicherung der Nahversorgung im ländlichen Raum sollten nach positiver Evaluation landesweit implementiert, regional adaptiert und zuerst in den ländlichen GestaltungsRäumen gefördert werden.
- Dorfläden können eine zentrale Rolle bei der Organisation von Gemeinschaftsverkehren spielen. Bei der Konzeption und Förderung von Dorfläden sollte deshalb eine Mobilitätsbörse mitgedacht werden, die Mitnahmen und die Vermittlung von Fahrtwünschen organisiert oder als Standort des Dorfautos und als Fahrplanauskunft fungiert.
- Kommunale seniorenpolitische Gesamtkonzepte, die schon Gegenstand des ersten Zwischenberichts sind (Drucksache 6/2929), müssen neben der Sozialplanung auch Aspekte der Nahmobilität, Versorgung und Teilhabe beinhalten.

- Es ist eine flächendeckende Etablierung von Quartiers-, Stadt- und Regionalmanagement anzustreben, um Gemeinschaftsverkehre zu initiieren und zu begleiten und mit Initiativen der Nahversorgung zu vernetzen.
- Es ist eine stabile, leistungsfähige und flächendeckende Internetversorgung zu gewährleisten, um virtuelle Mobilität zu ermöglichen und somit „erzwungene“ Wege zu vermeiden. Strategien zum Ausbau der Netzinfrastruktur empfiehlt die Kommission im Themenfeld „Daseinsvorsorge und Infrastruktur“
- Die Medienkompetenz der Seniorinnen und Senioren für die Nutzung virtueller Angebote ist, falls notwendig, zu stärken und durch entsprechende Bildungsangebote zu befördern.
- Hilfebedürftige Seniorinnen und Senioren, die in einen zentralen Ort umziehen möchten, in dem bessere Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Leben gegeben sind, müssen organisatorisch und finanziell dabei unterstützt werden.

Radmobilität

Die älteren Generationen des Landes nutzen das Fahrrad deutlich häufiger als der Bundesdurchschnitt. Diese besondere Ausgangssituation ist für die Flächenerschließung zu nutzen. Angesichts fehlender Ressourcen zur Einrichtung neuer und zur Erhaltung bestehender Radwege ist stärker auf kostengünstigere und alternative Ansätze wie beispielsweise Schutzstreifen, Radfahrerschleusen, Radaufstellflächen sowie auf verkehrsberuhigende Straßenraum- und Knotenpunktgestaltung zu setzen.

Konkret gibt die Enquete-Kommission dafür folgende Handlungsempfehlungen:

- Gut berollbare Oberflächen, sichere Ortsdurchfahrten und ausreichende Spurbreiten sind innerorts wie außerorts für die Nutzung der Radwege wo immer möglich zu realisieren.
- Im Radwegenetz ist der Lückenschluss zwischen den Regionalrouten und den Radfernstrecken vor dem Hintergrund baulicher, finanzieller und umweltrechtlicher Aspekte flächendeckend anzustreben. Für die Verbesserung der überörtlichen Alltagsmobilität müssen zusätzlich geeignete Verbindungen mit geringer Kfz-Verkehrsbelegung in das Netz integriert werden.
- Die Ausweisung von Schutzstreifen auf Straßen außerorts stellt eine geeignete und kostengünstige Form des Radfahrerschutzes dar. Damit verbunden ist eine angemessene Begrenzung der Höchstgeschwindigkeit. Die rechtliche Grundlage dafür ist unter Beachtung von verkehrspolitischen und Nachhaltigkeitsaspekten zu schaffen.
- Das Land soll eine Initiative für die Einführung von Schutzstreifen außerorts im bundesweiten Ordnungsrahmen starten, um den Nachbarortsverkehr mit dem Rad sicherer zu gestalten. Zumindest übergangsweise müssen solche Neuregelungen vor allem auf nachrangigen Straßen möglich werden.
- Um die Kombination von Fahrrad oder Elektrofahrrädern und dem ÖPNV zu ermöglichen, ist für gut beleuchtete, barrierefrei zugängliche, diebstahlsichere Abstellplätze für Fahrräder, Elektrofahrräder und E-Dreiräder an Haltestellen sowie an wichtigen Umsteigepunkten und Zielen zu sorgen. In Ober- und Mittelzentren sind Park- & Ride Angebote sowie Parkmöglichkeiten an Umsteigepunkten einzurichten.
- Eine kostengünstige Mitnahme von Fahrrädern und Elektrofahrrädern soll in allen größeren Fahrzeugen des ÖPNV in Mecklenburg-Vorpommern ermöglicht werden.

Auch die Mitnahme in kleineren Fahrzeugen ist wünschenswert. Die Einrichtung von alternativen Bedienformen darf an dieser Anforderung nicht scheitern.

Mobilität der Zukunft: Elektromobilität und hochautomatisierte Fahrsysteme

In der langfristigen Perspektive dieser Enquete-Kommission bis zum Jahr 2030 kommen auch neuere Entwicklungen im Bereich der Mobilität in Betracht. Schon heute kann mit einem Pedelec die doppelte bis dreifache Reichweite eines herkömmlichen Fahrrades erreicht werden.

Zukünftig können auch andere elektrisch angetriebene Fahrzeuge – dazu zählen neben Elektroautos und Elektrofahrrädern auch Elektro-Roller, Plug-In-Hybride sowie Elektro-Transporter – eine Rolle bei der Flächenerschließung im ländlichen Raum übernehmen. Für unser Land, das mehr Strom erzeugt, als es verbraucht, wäre dies auch energiepolitisch wünschenswert. Auch hochautomatisierte Fahrsysteme können langfristig eine Schlüsselrolle übernehmen, insbesondere für die Mobilität älterer Menschen. Dies gilt sowohl für selbstfahrende Bahnen, Straßenbahnen und Busse im ÖPNV als auch für den motorisierten Individualverkehr. Fortgeschrittene Fahrerassistenzsysteme mit unterschiedlichem Automatisierungsgrad bis hin zum vollständig autonom fahrenden Pkw werden von der Industrie in sehr unterschiedlichen Preissegmenten gerade mit Blick auf die alternde Gesellschaft entwickelt. Sie können die Grenzen der Fahrzeugnutzung von der Kindheit bis ins hohe Alter deutlich erweitern und dabei die Verkehrssicherheit noch erhöhen. Durch ihr passgenaues Angebot können hochautomatisierte Fahrsysteme die Kosten des öffentlichen Verkehrs soweit senken, dass eine effiziente Mobilität in der Fläche ermöglicht wird. Diese Innovationen sind in weniger besiedelten Räumen sogar wesentlich besser umsetzbar als in den verdichteten urbanen Zentren mit hohem Verkehrsaufkommen. Hochautomatisierte Mobilitätssysteme sind daher ein viel versprechender Gegenstand für ländliche Pilotprojekte in Mecklenburg-Vorpommern.

Konkret gibt die Enquete-Kommission dafür folgende Handlungsempfehlungen:

- Das Land unterstützt den Bund bei dem Vorhaben, bis 2020 eine Million Elektroautos auf die Straße zu bringen. Damit verbunden ist der Aufbau eines geeigneten Ladenetzes für Elektrofahrzeuge. Verknüpfungen mit Verkehrsmitteln des ÖPNV sind anzustreben. Erfahrungen aus entsprechenden Modellprojekten sowie gemeinschaftliche Nutzungsmodelle sollten hierbei handlungsweisend sein.
- Der öffentlichen Hand kommt in Mecklenburg-Vorpommern eine Vorreiterrolle bei der Etablierung von Elektromobilität zu. Dafür sind Elektrofahrzeuge in den Beschaffungsrichtlinien des Landes für Ministerien und nachgeordnete Behörden zu berücksichtigen. Die Möglichkeiten der Einrichtung von Mobilstationen zur Intermodalität (mit Förderung nach der Kommunalrichtlinie Klimaschutz des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit) sollten systematisch in den Kommunen verfolgt werden.
- Restriktive Mitnahmeregelungen von Elektrofahrrädern im ÖPNV sind aufzuheben.
- Aufgrund der oben skizzierten Chancen ist von der Landesregierung zu prüfen, ob und wo Verkehrsräume für die Erprobung und Inbetriebnahme hochautomatisierter Fahrsysteme auszuweisen und entsprechend instand zu setzen sind. Notwendig wäre zum Beispiel eine Erteilung straßenverkehrsrechtlicher Sondergenehmigungen für die

Querung und eingeschränkte Nutzung öffentlicher Straßen durch hochautomatisierte Fahrsysteme.

- Sobald sich hochautomatisierte Fahrsysteme als alltagstauglich erweisen, sind für ihre schrittweise allgemeine verkehrsrechtliche Zulassung auf Bundes- wie auf Landesebene Gesetzesinitiativen auf den Weg zu bringen.
- Daran anschließend ist die Zulassung und Tarifeinbindung hochautomatisierter Fahrsysteme bei Aufgabenträgern des ÖPNV sowie in privatwirtschaftlichen, kommunalen oder genossenschaftlichen Car-Sharing-Unternehmen zu veranlassen.
- Die Finanzierung von Konzeptions- Erprobungs-, Anschub- und Betriebsphasen von CarSharing-Konzepten auf Basis hochautomatisierter Elektromobile sollte in diesem Zusammenhang geprüft werden.
- Um die Chancen für die Etablierung hochautomatisierter Fahrsysteme in Mecklenburg-Vorpommern zu erhöhen, prüft das Land eine Initiative zur Schaffung von Wirtschaftsklustern aus Unternehmen für Planung, Produktion und Betrieb vor allem von niedrighschwelligen hochautomatisierten Fahrsystemen (Städte- und Verkehrsplanung, Personen- und Gütertransport, Elektromobilität, Software, Car Sharing, etc.).

B.5 Sondervotum des von der Fraktion der NPD benannten Kommissionsmitglieds

Stefan Köster, MdL, hat folgendes Sondervotum zum Zwischenbericht abgegeben:

Sondervotum zum Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“

Die Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission zur Mobilität, sofern sie umgesetzt würden, könnten die Mobilität in der Fläche teilweise aufrechterhalten und zum Teil verbessern.

Um allerdings die Kommunen in die Lage zu versetzen, einen bedarfsgerechten Personennahverkehr anzubieten, ist das Land Mecklenburg-Vorpommern in der Pflicht, die aufgabengerechte Finanzausstattung der Gemeinden, Städte und Landkreise sicherzustellen.

Für eine nachhaltige Mobilität ist eine Aufrechterhaltung der Bahninfrastruktur ebenso wie ein Erhaltungs- und Sanierungsprogramm für das Straßenverkehrsnetz unausweichlich. Die Einstellung der Südbahn, um nur ein Beispiel zu nennen, ist in diesem Zusammenhang ein fatales Signal. Im ganzen Land wurden in den vergangenen Jahren scheinbar unrentable Bahnstrecken ausgedünnt und stillgelegt. Daraus wird ersichtlich, dass das Land Mecklenburg-Vorpommern über kein langfristiges Verkehrskonzept verfügt, welches die Infrastruktur im Land zu erhalten beabsichtigt. Stattdessen wird die Verkehrspolitik vom Infrastrukturabbau dominiert.

Die Landespolitik hat gleichwertige Lebensbedingungen im Land zu gewährleisten und muss daher sicherstellen, dass vor allem auch der ländliche Raum vom „Öffentlichen Personennahverkehr“ (ÖPNV) nicht abgekoppelt wird. Die Entscheidungen der Landesregierung in den vergangenen Jahren lassen allerdings schlimme Auswirkungen für den ländlichen Raum befürchten.

Durch die Entscheidungen der Landesregierung, wird von dieser die Mobilität im ländlichen Raum zunehmend infrage gestellt. Doch, wer leichtfertig vorhandene Infrastruktur nicht nur in Frage stellt, sondern aufgibt, hat das Land schon längst aufgegeben.

C Alter und Gesundheit/Pflege

Die Mehrheit der älteren Menschen wünscht sich, ein langes Leben in der eigenen oder einer selbstgewählten Häuslichkeit zu verbringen. Die Lebensqualität älterer Menschen wird durch den objektiven aber auch durch den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand geprägt.²²⁰ Der Wunsch nach eigener Häuslichkeit erfordert zusätzliche Angebote, denn Ältere brauchen zunehmend medizinische und pflegerische Versorgung. Diese Versorgung ist durch eine Vielzahl von Leistungen gekennzeichnet, die im Wesentlichen gesetzlich definiert sind. Die Leistungen werden zum einen dem ambulanten und zum anderen dem teilstationären und stationären Versorgungssektor zugeteilt. In einem Flächenland werden ganz besondere Anforderungen an die Leistungserbringer und dadurch an die Kostenträger sowie die Patientinnen und Patienten gestellt. Die Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung in beiden Sektoren ist eine Herausforderung. Dies spiegelt sich auch in den Lupenregionen²²¹ wider, die bereits hinsichtlich der „Mobilität im Alter“ näher betrachtet wurden.²²² Medizinische und pflegerische Versorgung liegt in einem dreigeteilten Spannungsfeld: dem Interesse der Leistungserbringer und Kostenträger an Wirtschaftlichkeit, dem Interesse der Beschäftigten an einer qualitätsorientierten Arbeit und dem Interesse der Patientinnen und Patienten an einer Versorgung unter Berücksichtigung ihres Selbst und ihrer Selbstbestimmung.²²³ Die Struktur dieses Kapitels orientiert sich deshalb an den großen Strukturen der Gesundheitsversorgung und verknüpft sie mit zahlreichen bereits heute sektorenübergreifenden Themen.

C.1 Versorgungssituation bei Gesundheit/Pflege

Mit seinen 69 Einwohnern pro km² ist Mecklenburg-Vorpommern eines der am dünnsten besiedelten deutschen Bundesländer. Fast 90 Prozent des Landes gelten nach Klassifikation des Statistischen Bundesamtes als gering besiedelt. Der Anteil der in diesen gering besiedelten Regionen lebenden Bevölkerung beträgt in Mecklenburg-Vorpommern über 46 Prozent, also fast die Hälfte des gesamten Landes. Es wird prognostiziert, dass bis zum Jahr 2030 nur noch 61 Einwohner pro km² in Mecklenburg-Vorpommern leben werden. Die Geburtenentwicklung und Abwanderungsproblematik sind dabei neben der steigenden Lebenserwartung mit berücksichtigt.²²⁴ So wird erwartet, dass demografische Alterungsprozesse, die in Deutschland insgesamt bis in das Jahr 2060 andauern, sich in Mecklenburg-Vorpommern bereits im Jahr 2030 vollzogen haben werden.²²⁵

Planerisch erschwert dieser Faktor die medizinische und pflegerische Versorgung durch einen steigenden Bedarf im Bereich der Pflege und medizinischen Versorgung, insbesondere der Geriatrie. Neben der Anzahl der Leistungserbringer ist aber auch die räumliche Erreichbarkeit von zentraler Bedeutung für die Versorgung. In weiten Teilen Mecklenburg-Vorpommerns können Vertragsärzte mit privaten Verkehrsmitteln aktuell gut erreicht werden. Im Hinblick auf den öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) muss die Erreichbarkeit der verschiedenen Facharztgruppen und Institutionen mit öffentlichen Verkehrsmitteln in der Fläche als

²²⁰ Hüther und Naegele 2013, S. 245.

²²¹ Lupenregionen waren der Landkreis Ludwigslust-Parchim und Vorpommern-Greifswald.

²²² S. Grundlagenexpertise Difu und plan:mobil 2015, S. 106 f.

²²³ Vgl. Deutscher Ethikrat 2012, S. 9.

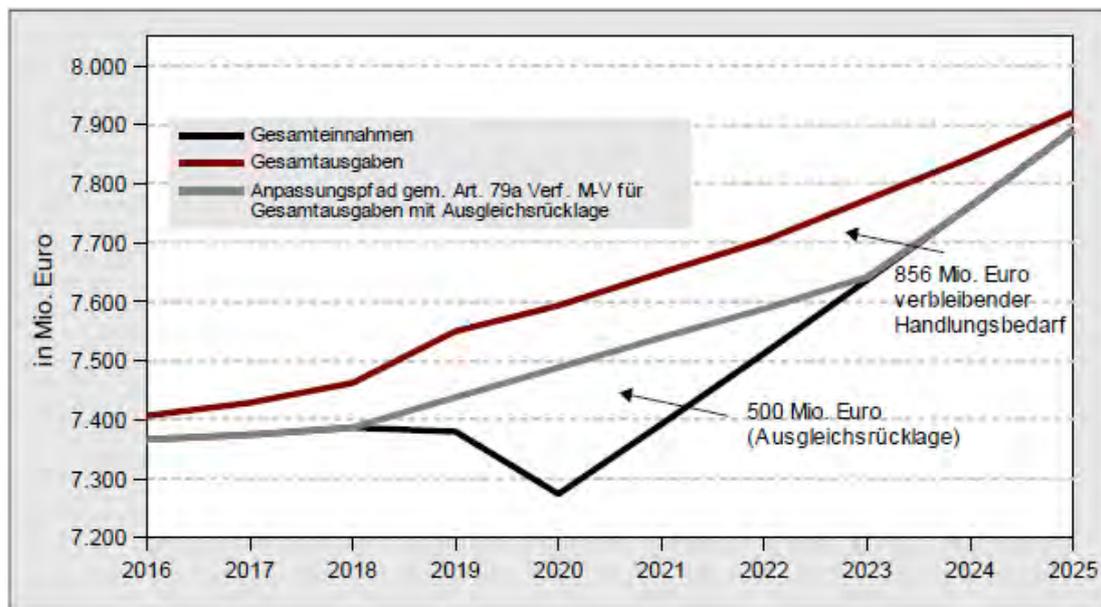
²²⁴ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 10/31 (= immer Kommissionsdrucksache 6/35(neu)); Vgl. Landtagsdrucksache 6/2929, Kap. B2.

²²⁵ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 37.

teilweise ungenügend eingestuft werden.²²⁶ Anfahrtszeiten sind häufig lang; bei einigen Facharztgruppen (bei fachärztlich tätigen Internisten 14 Prozent und bei Urologen 19 Prozent der Praxen) bestehen überhaupt keine öffentlichen Verkehrsanbindungen.²²⁷ Die Menschen, die mobilitätseingeschränkt und ohne eigenes Kraftfahrzeug im ländlichen Raum leben, sind auf andere Mobilitätsangebote angewiesen. Eine wichtige Rolle bei der Unterstützung kommt dabei den vor Ort Engagierten und den Angehörigen zu.

Diese Ausgangssituation und die zunehmend alternde Gesellschaft stellt das Bundesland vor große Herausforderungen. Insbesondere Angebotsstrukturen und deren Finanzierbarkeit durch die bestehenden Finanzierungssysteme der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sind zu überprüfen und auf die sich ändernden Ansprüche der Gesellschaft auszurichten. Selbstorganisation und Eigenverantwortung spielen dabei eine große Rolle. Ziel ist es, die Raum-, Verkehrsplanung und medizinische Standorte der Gesundheitsversorgung besser zu harmonisieren. Die wirtschaftliche Basis der öffentlichen Hand und die Leistungsfähigkeit der einzelnen Betroffenen sind dabei zu berücksichtigen.²²⁸ Der Landesrechnungshof Mecklenburg-Vorpommern stellt die Ausgaben- und Einnahmenentwicklung des Landes bis 2015 dar und verdeutlicht so den Konsolidierungsbedarf (Abb. 31). Kein Anstieg von Bundesmitteln, Kostensteigerungen, wachsende Inanspruchnahmen und ein kaum spürbarer Dispositionsrahmen bei Landesmitteln sind problematisch.²²⁹

Abb. 30: Ausgaben-/Einnahmenentwicklung MV bis 2025



Quelle: HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S.11 (Mittelfristige Finanzplanung 2013-2018, Ministerium für Arbeit, Gleichstellung, Soziales M-V)

²²⁶ Difu und plan:mobil 2015, S. 107.

²²⁷ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S.12.

²²⁸ s. a. Landtagsdrucksache 6/2929, Kap. B3 und Kap. B2.

²²⁹ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S.11.

C.2 Medizinische Versorgung

Medizinische Versorgung soll nach dem Bundesrecht „ausreichend, zweckmäßig, notwendig“ (§ 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V i. V. m. § 12 Absatz 1 Satz 1 SGB V) sein. Die Leistungen der medizinischen Versorgung beziehen sich auf Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, so wie sie aktuell in der medizinischen Praxis anerkannt sind. Entscheidend ist also nicht das theoretisch Machbare, sondern die gute medizinische Praxis vor dem Hintergrund eines stets einzuhaltenden bzw. objektiv gebotenen Sorgfaltsmaßstabes.²³⁰ Eine solche Versorgung ist zunehmend schwieriger im Land umsetzbar. Die Einwohner im ländlichen Raum müssen beispielsweise regelmäßig längere Wege zurücklegen²³¹ und eingeschränkte Angebote hinnehmen. Die zunehmende Beachtung von Wirtschaftlichkeit und Rationalisierungsentscheidungen in allen Versorgungsbereichen zwingen zur Klärung des Verhältnisses von Umfang der Leistungsansprüche und medizinischer Notwendigkeit.²³² Kerngedanke ist, die Herausforderungen zum Wohle aller Generationen zu meistern: Was für Ältere notwendig ist, hilft allen.²³³ Strukturveränderungen in der medizinischen Versorgung bedeuten generationsübergreifende Veränderungen unter Berücksichtigung einer zu erwartenden deutlichen Zunahme der altersassoziierten und demenziellen Erkrankungen (s. u.). Damit einher geht die besondere Beachtung geriatrischer und palliativer Versorgung.

Abb. 31: Prävalenzprognosen häufiger Erkrankungen

| M-V | 2005 | 2020 | | 2020 | |
|------------------|------------|------------|---------------------|------------|---------------------|
| | Fallzahlen | Fallzahlen | Veränderung | Fallzahlen | Veränderung |
| Prävalenz | | | | | |
| Hypertonie | 618 855 | 657 423 | + 6,2 % (+ 38 568) | 650 858 | + 5,2 % (+ 32 003) |
| Diabetes | 117 919 | 143 138 | + 21,4 % (+ 25 219) | 141 125 | + 19,7 % (+ 23 206) |
| Myokardinfarkt | 40 976 | 52 560 | + 28,3 % (+ 11 584) | 51 549 | + 25,8 % (+ 10 573) |
| Schlaganfall | 31 322 | 36 969 | + 18,0 % (+ 5 646) | 36 422 | + 16,3 % (+ 5 100) |
| Osteoporose | 66 629 | 79 636 | + 19,5 % (+ 13 006) | 79 053 | + 18,7 % (+ 12 423) |
| Demenz | 19 271 | 36 826 | + 91,1 % (+ 17 555) | 34 724 | + 80,2 % (+ 15 453) |
| Inzidenz | | | | | |
| Krebs (Dickdarm) | 728 | 953 | + 31,0 % (+ 225) | 936 | + 28,6 % (+ 208) |
| Krebs gesamt | 8 612 | 10 560 | + 22,6 % (+ 1 948) | 10 388 | + 20,6 % (+ 1 776) |

Quelle: HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S.12 (Deutsches Ärzteblatt Int 2010; 107(18): 328–34 [3])

Aus Sicht der Bevölkerung und der älteren Menschen im Besonderen sollte die medizinische Versorgung erreichbar – also in Wohnortnähe - sein und qualitativ gut in der gesamten Versorgungsbreite zu einer hohen Lebensqualität beitragen. Gerade dies ist aber in vielen Landkreisen aufgrund des abnehmenden Versorgungsangebotes und der wachsenden Distanzen zunehmend schwierig.²³⁴ Maßnahmen zur Qualitätssicherung oder -verbesserung

²³⁰ Deutscher Ethikrat 2011, S. 29f.

²³¹ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 70.

²³² Deutscher Ethikrat 2011, S. 97.

²³³ Lacour 2014, S. 20.

²³⁴ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 5.

müssen sich an verschiedenen Zielen messen lassen. Ein Ziel ist die Überwindung der Sektorierung des Gesundheitssystems zugunsten einer besseren Integration und Koordination der Behandlung und einer Stärkung der Prävention gegenüber der kurativen Behandlung. Dabei ist eine stärker ganzheitliche Orientierung unter Einbeziehung digitaler Technik förderlich. Dies bedeutet eine Stärkung des Patientenbezugs und stellt den Anbieterbezug²³⁵ in den Hintergrund. Besonders relevant wird dies in ländlichen Räumen. „Wohnortnahe“ Versorgung könnte in kleinen Abteilungen in der stationären Versorgung stattfinden, deren Auslastung und Spezialisierung sehr gering ist. Dabei stellt sich jedoch die Frage der Wirtschaftlichkeit. Überregionale Versorgung mit fachlichen Mindestmengenvorgaben und Qualitätsansprüchen hingegen kann für weitere Wegstrecken und schlechtere Erreichbarkeit stehen.

C.2.1 Stationäre Versorgung

Eine vollstationäre medizinische Versorgung erfolgt im Krankenhaus. Sie kommt infrage, wenn andere Behandlungsformen (ambulant oder teilstationär) nicht ausreichen. Derzeit gibt es in Mecklenburg-Vorpommern 37 Krankenhäuser mit etwas über 10.000 Krankenhausbetten. Darunter befinden sich vier Einrichtungen der sogenannten Maximalversorgung (davon zwei Standorte mit Universitätsmedizin). Hinsichtlich der Trägerschaft kann zwischen sechs öffentlichen, elf freigemeinnützigen sowie 20 privaten Häusern unterschieden werden. Eine Trägerpluralität besteht somit noch bei den stationären Leistungserbringern, allerdings mit deutlichem Übergewicht an privaten Trägern mit einem Anteil von rund 51 Prozent (im Bundesvergleich: 34 Prozent). Bedenken im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit, die gesetzlich gefordert ist (§ 1 Absatz 1 LKHG MV), ergeben sich aber bereits daraus, dass 25 Krankenhäuser eine Bettenkapazität von weniger als 200 Betten aufweisen, davon neun sogar unter 100 Betten.²³⁶ Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern und Einhaltung von Qualitätsstandards wegen geringer spezifischer Leistungsmengen werden mit sinkender Bettenzahl schwieriger. Die allgemeine Tendenz geht vielmehr in die Richtung großer Versorgungseinheiten (Stationen), die 60 Betten vorhalten. Dies eröffnet vor allem im Bereich der Personalausstattung Spielräume. Gerade in Arbeitsbereichen mit erheblichem bestehenden und zunehmenden Fachkräftemangel sind Personalstrukturen genauer zu untersuchen. Zugleich dürfen die Qualität und der Respekt vor dem Patienten nicht in den Hintergrund geraten.

Die Qualität der Gesundheitsversorgung auch im stationären Bereich stellt eine der am häufigsten genannten Problematiken der gesundheitspolitischen Diskussion dar.²³⁷ Die unmittelbare Betroffenheit der Patientinnen und Patienten spielt dabei ebenso eine Rolle wie die Anforderungen an die Kliniken.²³⁸ Derzeit sind circa 170 ärztliche Stellen in den Krankenhäusern Mecklenburg-Vorpommerns nicht besetzt.²³⁹ Im Jahr 2020 werden 12,6 Prozent der im Krankenhaus tätigen Ärzte das Renteneintrittsalter erreicht haben.²⁴⁰ Die unbesetzten Stellen in der Pflege in den Krankenhäusern können nicht beziffert werden. Unter Beachtung der sich verändernden Qualitätsansprüche wird diese Frage allerdings bald an

²³⁵ Schrappe 2015, S. 17.

²³⁶ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 22.

²³⁷ Schrappe 2015, S. 16.

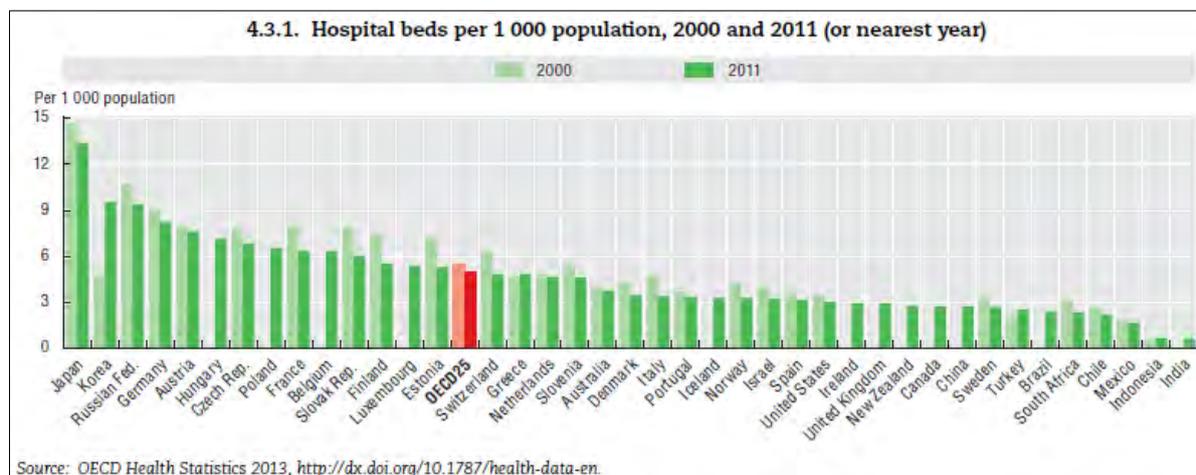
²³⁸ Schlagzeilen, in den Medien: u. a. Spiegel online am 06.06.2012 „Tödliche Klinikkeime: Hygienemangel ist der neue Ärztepflusch“; Stern online am 02.05.2009 „Der Tod lauert im Krankenhaus“.

²³⁹ Nordkurier 21.11.2014 „Den Kliniken im Land geht das Personal aus“.

²⁴⁰ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 22.

Bedeutung gewinnen. Insgesamt stellt HGC GesundheitsConsult GmbH²⁴¹ fest, dass es ein Überangebot an stationären Einrichtungen gibt, insbesondere solcher mit sehr kleiner Betriebsgröße.²⁴² Die flächendeckende wohnortnahe Versorgung ist insofern sichergestellt: der von der OECD genannte Durchschnitt beträgt 44 Betten/10.000 Einwohner. In Mecklenburg-Vorpommern ist die Relation mit 64 Betten/10.000 Einwohnern deutlich höher.²⁴³

Abb. 32: Bettendichte (pro 1.000) im OECD-Vergleich



Quelle: HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 44 (OECD Health Statistics (2013))

Die demografische Entwicklung sowie die Verschlechterung der ambulanten Versorgung durch Ausdünnung der Hausärzte in den ländlichen Regionen tragen zu einem Anstieg der Krankenhaushäufigkeit (vgl. auch Notfallversorgung) bei. Daneben gibt es möglicherweise Fachgebiete/Diagnosen, in denen Hausärzte unmittelbar eine Krankenseinweisung vorsehen, ohne die niedergelassenen Fachärzte einzubeziehen. Gründe können die zeitlichen Beschränkungen (Öffnungszeiten), aber auch die räumliche Erreichbarkeit sein.²⁴⁴

Die zukünftige Krankenhausplanung wird das Leistungsgeschehen in den Schwerpunktbereichen und den Spezialisierungen²⁴⁵ sowie die Inanspruchnahmen - unter Beachtung der Altersstrukturen - genau betrachten müssen, um die Wirtschaftlichkeit der Häuser sicherzustellen. Sinnvolle Betrachtungen und Analysen (auch bezüglich der Leistungsqualität) können nur standortbezogen erfolgen, nicht aber trägerbezogen. Die regionale Infrastruktur muss dabei einbezogen werden. Aus demografischen, wirtschaftlichen sowie qualitätsbedingten Gründen ist die Planung stationärer Versorgung ganzheitlich zu erfassen. Eine qualitätsorientierte Versorgungsplanung umfasst alle Sektoren und berücksichtigt bzw. entwickelt sogenannte area-Indikationen (populationsbezogene,

²⁴¹ Im Weiteren kurz HGC.

²⁴² HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 44.

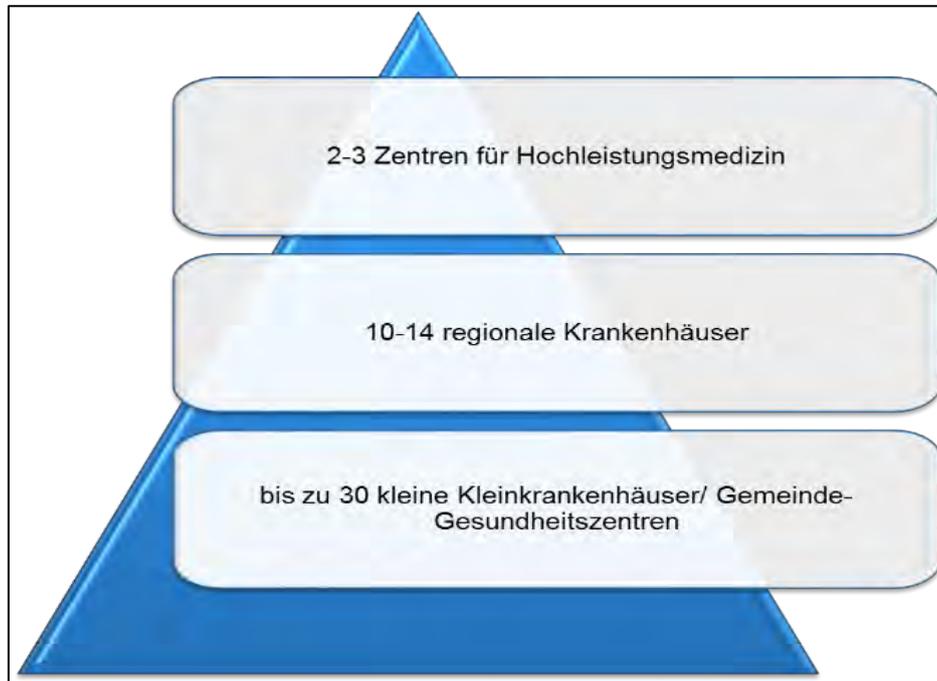
²⁴³ Protokoll der 35. Sitzung der Enquete-Kommission vom 10. April 2015, S.15, Beitrag Milski: Das Zugrunde legen der OECD Daten wird vom VDK bemängelt – es hätten Deutschland bezogene Daten genutzt werden sollen.

²⁴⁴ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 26.

²⁴⁵ Sinjakowa 2015, S. 14: „Stattdessen soll sich die Versorgung auf besonders qualifizierte Zentren konzentrieren (...)“.

integrierte Versorgungsstruktur).²⁴⁶ Die Zuständigkeiten werden sich an Strukturveränderungen orientieren müssen - allerdings unter einheitlichen Rahmenbedingungen auf Landesebene.

Abb. 33: Darstellung einer neuen Krankenhauslandschaft in M-V



Quelle: HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil1), S. 46 (Darstellung HGC)

Kleine Abteilungen in Krankenhäusern sichern die Erreichbarkeit auch für weniger Bedarfsfälle in den jeweiligen Fachgebieten. Fraglich ist, ob in Abwägung der Wirtschaftlichkeit Belegabteilungen das Leistungsgeschehen für den Bereich der sogenannten Grund- und Regelversorgung sicherstellen können. Spezialisierung durch eine Verschiebung der fachlichen Zuständigkeiten (Zuordnung von Versorgungsaufgaben) einzelner Standorte – möglicherweise auch trägerübergreifend – muss diskutiert werden. Ambulantes Operieren kann zur Reduzierung der Inanspruchnahme (Krankenhaustäufigkeit) führen.²⁴⁷

Die Grundlagenexpertise von HGC (2015) konkretisiert eine mögliche Umstrukturierung dahin gehend, dass neben zwei bis drei Hochleistungszentren zehn bis 14 Krankenhäuser mittlerer Größe betrieben werden. Kleine Krankenhäuser könnten zu integrierten Gemeindeggesundheitszentren (GGZ) entwickelt werden und durch weitere GGZ (25 bis 30 in der Fläche insgesamt) ergänzt werden.²⁴⁸ Das wären mehr medizinische Anlaufstellen (25 bis 30) als Mittelzentren (18), also gäbe es eine bessere Erreichbarkeit im ländlichen Raum durch die erhöhte Anzahl.

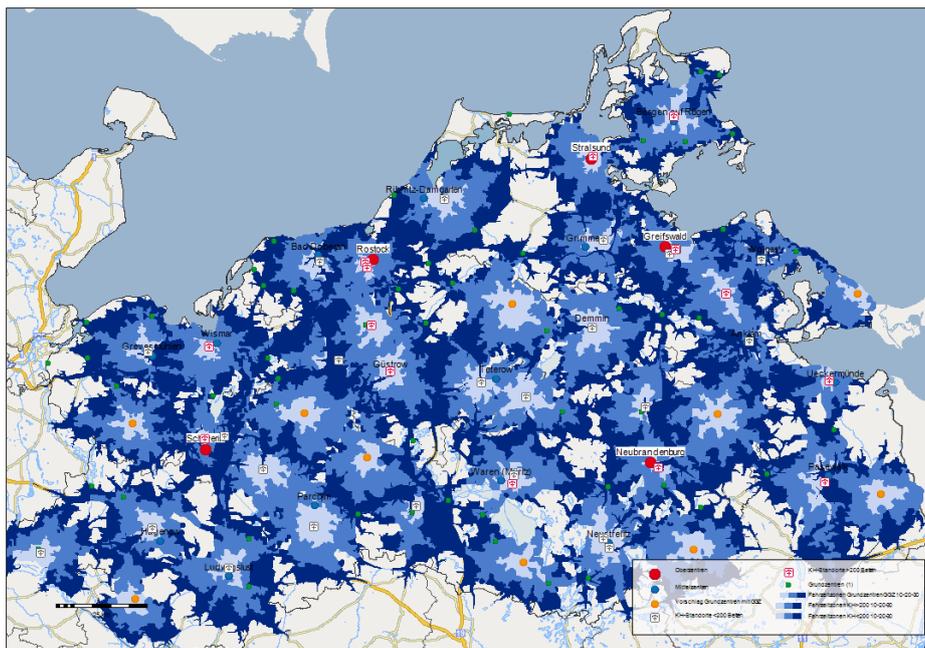
²⁴⁶ Schrappe 2015, S. 314f. / 327f; Protokoll der 35. Sitzung der Enquete-Kommission vom 10. April 2015, S. 10, Beitrag Möhr.

²⁴⁷ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 50.

²⁴⁸ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 45ff; Protokoll der 35. Sitzung der Enquete-Kommission vom 10. April 2015, S. 8ff, Beitrag Möhr.

Dieser Vorschlag der Gutachter wurde in den Sitzungen der Enquete-Kommission kontrovers diskutiert.²⁴⁹ Dabei wurde die Forderung nach einem Erhalt der kleineren Krankenhäuser unter Beibehaltung der Aufgaben, insbesondere mit den intensiven Veränderungen der Krankenhauslandschaft in den vergangenen Jahren, begründet. Anstehende Investitionsbedarfe und neue Entwicklungsmöglichkeiten für die sektorübergreifende intensive Vernetzung blieben dabei aber unberücksichtigt. Landesinvestitionen sollten nach der Grundlagenexpertise von HGC den Aspekt der Nachhaltigkeit berücksichtigen und neue Versorgungskonzepte mit Erreichbarkeitskonzepten verknüpft werden. Entsprechende Modellprojekte in den beiden Lupenregionen²⁵⁰ könnten über einen längeren Zeitraum betrieben und wissenschaftlich ausgewertet werden.²⁵¹ Damit würden umfassende Gesundheits- und Beratungsleistungen im ambulanten wie stationären Bereich durch vertraglich abgesicherte Kooperation in der jeweiligen Region erbracht. Eine regionale Versorgungsplattform, die eine unmittelbare Vernetzung aller Bedarfe vorsieht - ein digitalisiertes und professionelles Care und Case Management - wäre das Resultat. Die Erreichbarkeit der Leistungen wird so auch in der Zukunft abgesichert²⁵² und das Leistungsspektrum vor Ort erweitert.

Abb. 34: Flächendeckende Versorgung durch GGZ in ausgewählten zentralen Orten sowie nach Anpassung bestehender stationärer Strukturen



Quelle: HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 47 (Darstellung HGC mit Regio Graph i.A. Landesraumentwicklungsprogramm M-V; Regionale Raumentwicklungsprogramme)

²⁴⁹ Protokoll der 35. Sitzung der Enquete-Kommission vom 10. April 2015, S. 26 und 28, Beiträge Schubert und Gagzow

²⁵⁰ Lupenregionen Ludwigslust-Parchim und Vorpommern-Greifswald; vgl. HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), Appendix S. 4ff.

²⁵¹ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 46f.

²⁵² Protokoll der 19. Sitzung der Enquete-Kommission vom 7. März 2014, S. 15, Beitrag Blankenburg: „Mut zur ‚Versorgungslücke‘ sei (...) im bestimmten Rahmen notwendig. (...) (Es) müsse nicht zwingend mit einem ‚Gegensteuern‘ beantwortet werden“.

Ziel ist die Optimierung der komplexen Strukturen im Gesundheitsbereich. Dazu gehört auch die Frage, ob der Patient zur Leistung oder die Leistung zum Patienten gelangen soll und kann. Diese Frage wird für alle Leistungen der Gesundheitsversorgung beantwortet werden müssen und nicht nur für den Kernbereich (stationäre und ambulante Akutversorgung, Altenhilfe und Gesundheitsverwaltung).²⁵³ Da es sich um einen beachtlichen wirtschaftlichen Wachstumsmarkt handelt, ist zu prüfen, welche unterstützenden Maßnahmen und Mittel in den Kernbereich einfließen könnten.²⁵⁴ Weiter wird in der Grundlagenexpertise aufgezeigt, dass regionale größere Krankenhäuser sich durch Spezialisierung umstrukturieren sollten,²⁵⁵ um effizienter und qualitätsorientierter zu arbeiten.²⁵⁶ Nicht jedes Krankenhaus muss alles anbieten können. Dadurch können auch in der Zukunft Standorte gesichert und zugleich die Mindestmengenvorgaben oder Qualitätsmaßstäbe des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfüllt werden. Die landesweite Koordination und die Einbeziehung der Kostenträger sind dabei zu berücksichtigen.²⁵⁷ Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) bestätigt diesen Ansatz mit einer Empfehlung zu Lokalen Gesundheitszentren (LGZ).

Abb. 35: Empfehlung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) zu Lokalen Gesundheitszentren (LGZ)



Quelle: HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil1), S. 53 (Gutachten: „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche; SVR zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen)

²⁵³ Vgl. dazu das dreischichtige Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft von Elke Dahlbeck und Josef Hilbert: Kernbereich (s.o.), Vorleistungs- und Zulieferbereich (Pharmaindustrie, Medizintechnik, Gesundheitshandel, Großhandel mit med. Produkten) und gesundheitliche Randbereiche (Fitness- und Wellnessbereich, betreutes Wohnen, Gesundheitstourismus).

²⁵⁴ Vgl. Augurzky, B. zitiert in Mau 2015, S. 30.

²⁵⁵ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 45.

²⁵⁶ Augurzky 2015, S. 30.

²⁵⁷ Vgl. zur Problematik Mau 2015, S. 34.

Im Rahmen der HGC Grundlagenexpertise werden zur Konkretisierung innovative Versorgungsmodelle vorgestellt, die als übertragbar gelten und insbesondere den kommunalen Aspekt vertiefen.²⁵⁸ Kern der Konzepte ist, dass Einsparungen, die durch verbesserte Koordination und Prävention erzielt werden, durch die Ärztenetze selbst genutzt werden können. Ein Beispiel ist das Modell „Gesundes Kinzigital“²⁵⁹ für integrierte Gesundheitsversorgung, in dessen Mittelpunkt die Aktivierung und Erzeugung von Gesundheitskompetenz steht. Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser und Apotheken arbeiten - schon präventiv - in einem Verbund und verwalten unternehmerisch ein Budget. Durch diese Qualitätsverbesserung können Kosten gespart und Pflegefälle verringert werden. Die Arbeitsthese, dass Systemänderungen in der Folge auch zu erhöhten Kosten führten, wurde widerlegt.²⁶⁰ Die Grundlagenexpertise greift außerdem die Diskussion zur Krankenhausreform auf Bundesebene (unter anderem Strukturfonds) auf.²⁶¹ Die Aus- und Weiterbildung des medizinischen Krankenhauspersonals muss sich an Versorgungsstrukturen und Bedarfen orientieren, um zum Beispiel ausreichend Geriater im klinischen Alltag zu sichern. Auf die Verknüpfung medizinischer und pflegerischer Ausbildung, die Moderationsaufgabe der Kommunalen Gebietskörperschaften als zentralen Punkt und das Einbeziehen der Pflege in das Gesamtkonzept wird weiter unten näher eingegangen.

C.2.2 Geriatrische Versorgung

Eine rechtliche Definition des geriatrischen Patienten gibt es nicht. Steigendes Alter bedeutet nicht immer zunehmende Krankheit, es steigt lediglich die Wahrscheinlichkeit von chronisch-degenerativen Erkrankungen. Als typisch geriatrische Patienten gelten sehr alte Menschen (80 plus). Bei diesen Menschen kann man von einem deutlich höheren Krankheitsrisiko sprechen. Das typische Krankheitsbild ist das gleichzeitige Auftreten mehrerer Krankheitsbilder (Ko- oder Multimorbidität²⁶²). Statistisch leiden in Deutschland zwei Drittel der über 65-Jährigen mindestens unter zwei chronischen Erkrankungen. Dieser Anteil steigt mit zunehmendem Alter. Erschwerend kommt bei diesen Patienten die Einschränkung kognitiver Fähigkeiten, Sturzgefahr, Immobilität, Hilfebedürftigkeit und nicht selten auch soziale Vereinsamung hinzu. Folglich sind nicht allein medizinische Bedarfe zu betrachten, sondern auch andere Problemfelder miteinzubeziehen. Grundlage für Behandlung ist daher eine komplexe Struktur (multiprofessionell: Medizin, Pflege, Beratung, Physiotherapie, Apotheken = integrierte Versorgung).²⁶³

²⁵⁸ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 57; Faller 2014, S. 65, s.a. Kapitel C.3.6.

²⁵⁹ Weitere Informationen unter „Gesundes Kinzigital“, URL: <http://www.gesundes-kinzigital.de/> [Stand 06.05.2015].

²⁶⁰ Protokoll der 35. Sitzung der Enquete-Kommission vom 10. April 2015, Präsentation Hildebrandt: Der leistungsrechtlich erwirtschaftete Gewinn (Ersparnis) bleibt für Regieleistungen im System.

²⁶¹ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 29.

²⁶² ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 30: Definition.

²⁶³ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 23.

Abb. 36: Geriatricher Versorgungsbedarf (2007-2020) in Deutschland

| Krankenhaus | | | | | |
|--------------------|----------------------------------|--|----------------|----------------|-----------------------|
| Altersgruppen | geriatriische KH-Häufigkeit 2007 | Anzahl Patienten in geriatriischen Fachabteilungen | | | Entwicklung 2007-2020 |
| | | 2007 | 2014 | 2020 | 2020 |
| unter 65 J. | 0,02% | 14.989 | 14.595 | 14.025 | -964 |
| 65-75 J. | 0,36% | 34.558 | 31.091 | 33.090 | -1.467 |
| 75-80 J. | 1,26% | 38.281 | 51.376 | 44.100 | 5.819 |
| über 80 J. | 3,17% | 123.443 | 146.747 | 187.989 | 64.547 |
| Gesamt | 0,26% | 211.270 | 243.809 | 279.204 | 67.934 |

| Rehabilitation | | | | | |
|-----------------------|------------------------------------|---|----------------|----------------|-----------------------|
| Altersgruppen | geriatriische Reha-Häufigkeit 2007 | Anzahl Patienten in geriatriischen Rehabilitation | | | Entwicklung 2007-2020 |
| | | 2007 | 2014 | 2020 | 2020 |
| unter 65 J. | 0,005% | 3.123 | 3.041 | 2.922 | -201 |
| 65-75 J. | 0,168% | 16.070 | 14.458 | 15.388 | -682 |
| 75-80 J. | 0,640% | 19.497 | 26.167 | 22.461 | 2.964 |
| über 80 J. | 1,285% | 49.954 | 59.385 | 76.074 | 26.120 |
| Gesamt | 0,11% | 88.644 | 103.050 | 116.845 | 28.201 |

Quelle: HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil1), S. 24 (Bundesverband Geriatrie, Präsentation vom 05. März 2013, Dirk van den Heuvel)

Der Bedarf an geriatrischer stationärer Versorgung wird bundesweit deutlich steigen.²⁶⁴ Die geriatrischen Versorgungsstrukturen in Mecklenburg-Vorpommern erscheinen problematisch. Es gibt lediglich 21 geriatrische Einrichtungen sowie einen Selektivvertrag zur ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung. Die Anzahl bestehender IV-Verträge (Integrierte Versorgung: §§ 140a bis 140d SGB V) ist mit 144 eher gering, obwohl die wachsenden Bedarfe eine verstärkte Versorgung nahelegen. Die intensivierete Vernetzung der Angebote, also die integrierte Versorgung, steckt laut Gutachter noch in den Anfängen. Die HGC Grundlagenexpertise stellt dazu Projektbeispiele vor.²⁶⁵

Die bei einer integrierten Versorgung am Ort eines GGZ einbezogenen Heilberufe, insbesondere Apotheker, hätten möglicherweise örtliche Veränderungen ihres Gewerbes auszuhalten. Im Rahmen der Anhörung²⁶⁶ wurde seitens der Apothekerkammer zu dieser Frage keine Stellungnahme abgegeben. Berichtet wurde, die Versorgung sei schon heute flexibel und flächendeckend ausgerichtet. Insbesondere Rezeptsammelstellen (verknüpft mit Botendiensten) und Zweitapotheken könnten helfen, infrastrukturelle Problemlagen zu überwinden.

Die Häufigkeit der Kontaktaufnahme zu Ärzten unterschiedlicher Fachdisziplinen nimmt bei geriatrischen Patienten zu. Häufige Krankenhausaufenthalte und Polypharmazie sind bei geriatrischer Versorgung häufig ein Problem.²⁶⁷ Obwohl lediglich 25 Prozent der Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 65 Jahre und älter sind, entfallen 64 Prozent des Verordnungsvolumens von Arzneimitteln bzw. 54 Prozent des Gesamtumsatzes auf diese

²⁶⁴ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 24.

²⁶⁵ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 62 f; vgl. auch Kommissionsdrucksache 6/043, S. 7-9.

²⁶⁶ Protokoll der 35. Sitzung der Enquete-Kommission vom 10. April 2015, S. 19f, Beitrag Engel.

²⁶⁷ Zum Einsatz der PRISCUS-Liste (potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen) URL: <http://www.priscus.net/> [Stand 05.05.2015].

Altersgruppe.²⁶⁸ Dem Gesundheitssystem entsteht damit die Hälfte aller direkten Krankheitskosten für eine kleine Gruppe der Versicherten. Die Schaffung eines Gleichgewichtes zwischen Gesundheitsversorgung und Prävention, also Gesundheitsförderung, rückt dadurch für alle Alterskohorten in den Vordergrund.²⁶⁹ Sie orientiert sich in Abgrenzung zur Pathogenese an einem salutogenesischen Konzept, also der „Gesundheitsentstehung“.²⁷⁰ Die integrierte geriatrische Versorgung verkörpert dies, verbindet die bisher fragmentierte Versorgung und kann die Kostenerhöhung leichter steuern.²⁷¹

C.2.3 Palliativversorgung

„Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer weit fortgeschrittenen, nicht heilbaren Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung.“²⁷² Es handelt sich um eine eng definierte Patientengruppe. Wesentliches Ziel der Palliativmedizin ist die Beherrschung von Schmerzen. Die Versorgung der Patienten muss unter Einbeziehung der individuellen Situationen, verschiedener Krankheitsbeschwerden und psychischer Belastung rund um die Uhr in entsprechender Qualität erfolgen. Palliativversorgung grenzt sich von Hospizversorgung insofern ab, dass sie krankenhausgebunden ist und die Therapie, Krankheits- und Grundbehandlung und bei Bedarf Reanimation, Intensivstation etc. beinhaltet. Die Hospizversorgung dagegen findet in der Regel außerhalb eines Krankenhauses statt und bezieht sich allein auf die letzten Lebenswochen.

Um einen ganzheitlichen Ansatz für Patientinnen und Patienten umsetzen zu können, müssen medizinische und pflegerische Aspekte gemeinsam betrachtet werden. Es handelt sich dabei um palliativmedizinische Versorgung, häusliche und stationäre palliativpflegerische Versorgung und stationäre Hospize. Versorgungsformen aus dem sterbebegleitenden und beratenden Umfeld sind miteinzubeziehen. Dies sind ambulante Hospizdienste (unterschiedlicher Träger), die hauptamtlich koordiniert und durch ehrenamtlich Tätige wahrgenommen werden, und die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV). Die SAPV besteht aus Fachkräften, die begleitend und häufig mobil arbeiten. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es Einrichtungen der Palliativversorgung in den größeren Städten. Palliativpflegerische Spezialisierungen sind nicht flächendeckend gegeben.

²⁶⁸ Hüther und Naegele 2013, S. 247f.

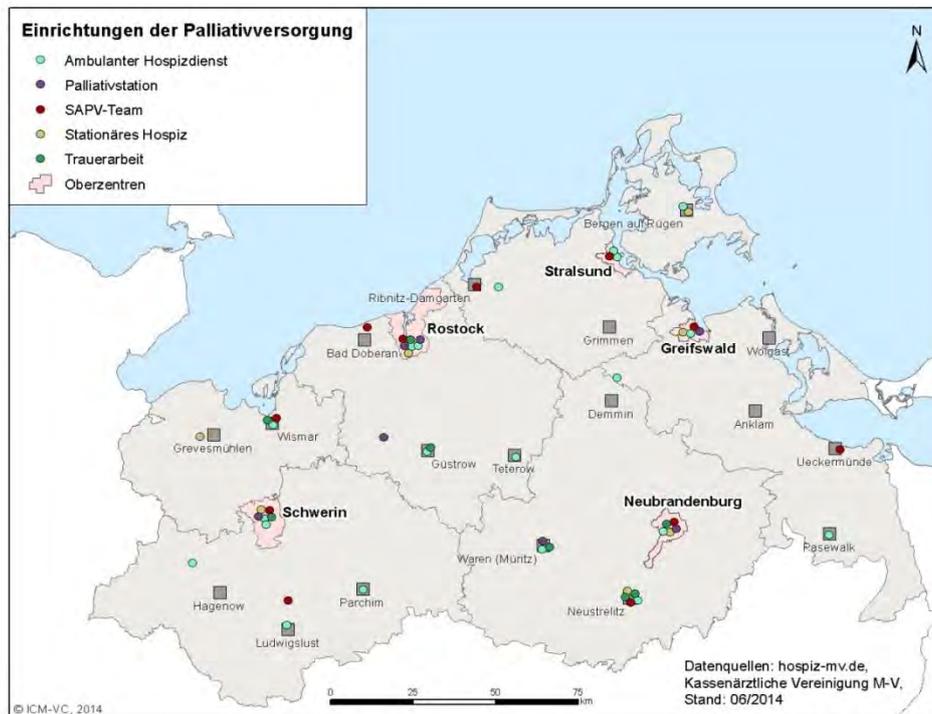
²⁶⁹ Hüther und Naegele 2013, S. 250.

²⁷⁰ Wikipedia: Salutogenese, URL: <http://de.wikipedia.org/wiki/Salutogenese> [Stand 05.05.2015].

²⁷¹ Hüther und Naegele 2013, S. 252 mit Verweis auf Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen von 2009.

²⁷² Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V: Definitionen Palliativmedizin, URL: http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/sm/Aufgaben_und_Themen/Gesundheit_und_Arbeitschutz/Referat_300_Gesundheitspolitik_Gesundheitsberichterstattung_Rechtsangelegenheiten_der_Arbeitschutz/Hospiz-_und_Palliativmedizin/Definitionen/index.jsp [Stand 13.04.2015].

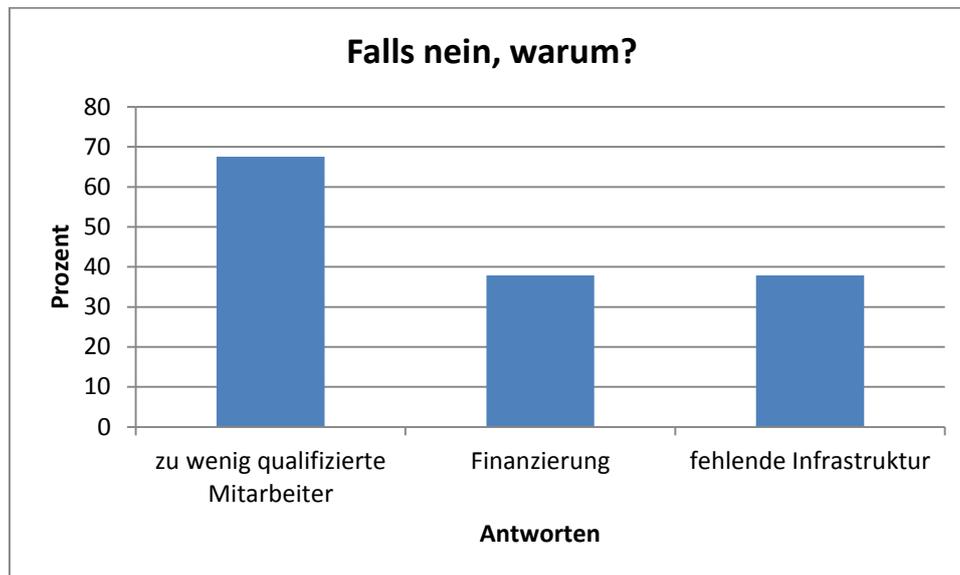
Abb. 37: Räumliche Verteilung von Einrichtungen der Palliativversorgung (ambulanter Hospizdienst, Palliativstation am Krankenhaus, Spezielle Ambulante Palliativversorgung (SAPV), stationäres Hospiz, Trauerarbeit) (N=53) in Mecklenburg-Vorpommern, Stand: April 2014



Quelle: ICM Grundlagenexpertise 2014, S.43 (www.hospiz-mv.de, Arztliste Kassenärztliche Vereinigung M-V)

Die allgemeine Palliativversorgung im Rahmen der ambulanten und stationären Pflege ist in den allgemeinen Aufgabenstellungen enthalten und daher leistungsrechtlich nicht weiter definiert. Ein großer Anteil der Palliativpatienten wird zu Hause gepflegt. Das sterbebegleitende Umfeld (Familie) spielt eine wichtige Rolle und wird durch die häusliche Pflege und Betreuung unterstützt. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, die auch in stationären Pflegeeinrichtungen möglich ist, wird von SAPV-Teams koordiniert und durch Beratungs- und Interventionsaufgaben ergänzt. Diese Aufgabe ist eine ergänzende Leistung. Eine Vernetzung dieser Leistung mit der allgemeinen medizinischen Versorgung ist im Interesse der Patienten.

Abb. 38: Gegebenheiten der Voraussetzungen für die Umsetzung von Palliative Care und Hospizkultur in Einrichtungen



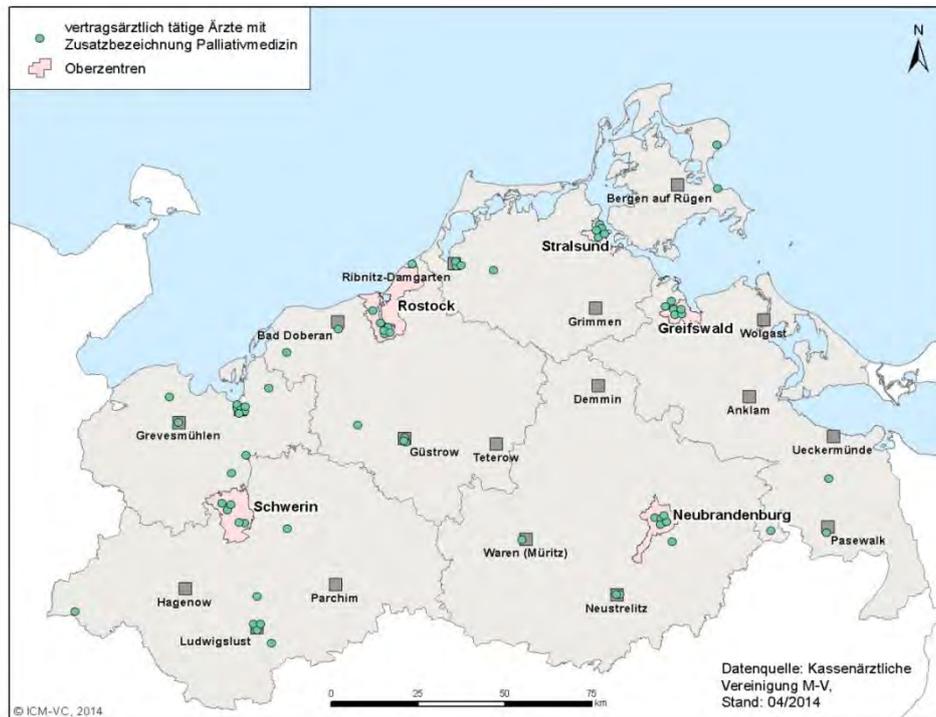
Quelle: ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 46 (Anteil genannter Antworten auf die Teilfrage 9-2 (N=37) „Falls nein, warum“ die auf Frage 9 „Sind die Voraussetzungen für die Umsetzung von Palliative Care und Hospizkultur in der Einrichtung gegeben?“)

Viele alte Menschen sind in der stationären Pflege untergebracht und versterben auch dort. Ungefähr ein Drittel der Bewohner in Pflegeheimen braucht eine Palliativversorgung.²⁷³ Die (Personal-)Kapazitäten und Konzepte der Einrichtungen stoßen an ihre Grenzen. Zur Bedarfsbefriedigung werden regionale Kooperationen zum Beispiel mit Hospizdiensten, ambulanten Palliativdiensten und Kirchengemeinden gesucht. Nicht ausreichend sind häufig die Qualifizierung und die Kenntnisse des gesamten medizinischen Personals über den Sterbeprozess. SAPV-Teams werden daher anteilmäßig noch wenig in den Pflegeeinrichtungen in Anspruch genommen. In Mecklenburg-Vorpommern wird derzeit begonnen, entsprechende Versorgungsverträge (§§ 37b SGB V, 132a SGB V) abzuschließen. Die 70 vertragsärztlich palliativ tätigen Ärzte²⁷⁴ sind vor allem in den großen Städten und Mittelzentren angesiedelt.

²⁷³ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 44.

²⁷⁴ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 42.

Abb. 39: Räumliche Verteilung der vertragsärztlich tätigen Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (N=70) in Mecklenburg-Vorpommern, Stand: April 2014

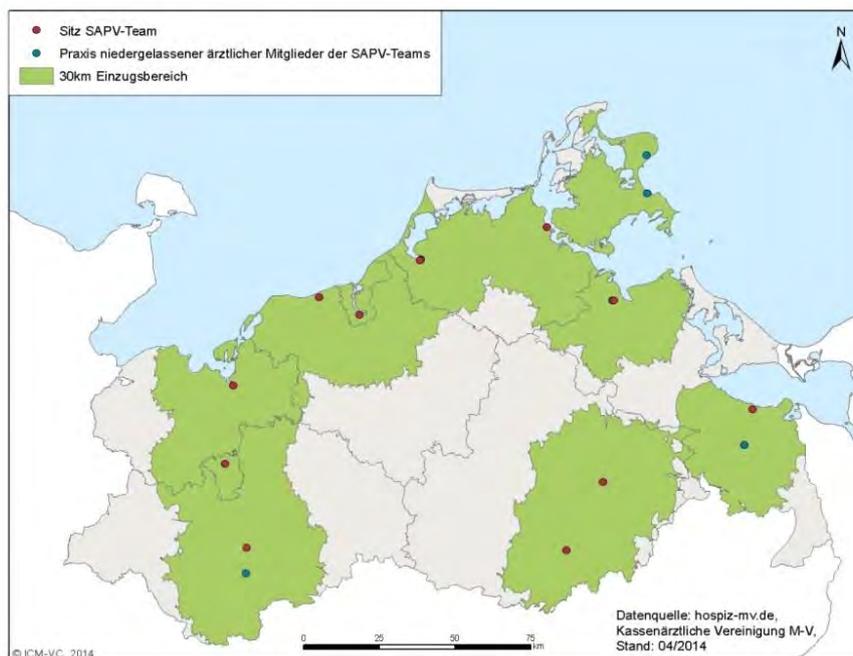


Quelle: ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 42 (Arztliste Kassenärztliche Vereinigung M-V)

Festzuhalten bleibt, dass die Trauerarbeit allgemein und besonders die ambulanten Hospizdienste ganz wesentlich von Ehrenamtlichen gewährleistet werden. Es stehen elf Teams zur SAPV sowie 21 ambulante Hospizdienste, sieben stationäre Hospize mit rund 70 Plätzen und sieben Palliativstationen mit insgesamt 59 Betten zur Verfügung. Sofern man einen Einzugsradius von 30 km zugrunde legt, ist festzustellen, dass eine Erreichbarkeit der Angebote nicht flächendeckend gegeben ist. Besonders im Landesinneren besteht eine Versorgungslücke von etwa 75 x 75 km, in denen kein SAPV die Patienten erreichen kann.²⁷⁵

²⁷⁵ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 25.

Abb. 40: Räumliche Verteilung der SAPV-Teams bzw. der niedergelassenen ärztlichen Mitglieder von SAPV-Teams und deren 30km-Einzugsbereiche, Stand: April 2014



Quelle: ICM Grundlagenexpertise 2014 (hospiz-mv.de, Kassenärztliche Vereinigung M-V)

C.2.4 Notfallversorgung

Die drei Standbeine der Notfallversorgung sind der Rettungsdienst, der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und die Notaufnahme der Krankenhäuser. Der Rettungsdienst ist kommunale Aufgabe (Luftrettung ist allerdings Landessache). Das zugrunde liegende Landesgesetz ist gerade verabschiedet worden. Darin wird die ambitionierte Hilfsfrist von 10 Minuten landesweit einheitlich festgeschrieben. Ob diese Frist auch im ländlichen Raum insgesamt eingehalten werden kann, wird sich in der Praxis zeigen. Der Beginn dieser Frist wird mit der Alarmierung des Hilfsmittels durch die Leitstelle festgesetzt – also dem Ende der Dispositionszeit.

Die örtlich und zeitlich beschränkte Erreichbarkeit der Vertragsärzte wird mit der Krankenhausinanspruchnahme ergänzt und ersetzt. Außerdem können im Krankenhaus alle erforderlichen medizinischen Fachrichtungen vorgehalten werden. Diagnostische Möglichkeiten (Labor, bildgebende Diagnostik) sind jederzeit vollumfänglich nutzbar. Diese Inanspruchnahme birgt wirtschaftliche Verluste für die Krankenhäuser, da eine Fehlbeanspruchung lediglich mit 4,21 Euro²⁷⁶ vergütet wird, zugleich aber Personal und Material im Krankenhaus aufgebracht werden müssen. Die ansonsten übliche Abrechnung über Diagnosis Related Groups (DRG) erfolgt nicht. Aus Patientensicht ist der Weg in ein Krankenhaus im Allgemeinen schneller und einfacher. Während in den Krankenhäusern bundesweit 10,7 Mio. Fälle behandelt wurden, gelangten nur 3,9 Mio. Fälle zum

²⁷⁶ Protokoll der 35. Sitzung der Enquete-Kommission vom 10. April 2015, S. 31, Beitrag Gagzow: gefordert wird eine bessere Vergütung nach EBM (einheitlicher Bewertungsmaßstab).

Kassenärztlichen Notdienst. Dieses Verhältnis lässt den Schluss zu, dass neben einer Fehlversorgung eine Ersatzversorgung vorliegt, die zu einer übermäßigen Belastung der Krankenhäuser führt und aus medizinischer sowie versorgender Perspektive nicht erforderlich ist. Die HGC Grundlagenexpertise schlägt eine Zusammenführung der bisherigen Notfallversorgung in einer gemeinschaftlich betriebenen Leitstellenstruktur unter Einbindung der GGZ vor.²⁷⁷

C.2.5 Telemedizin/digitale Vernetzung / e-health

Die Telemedizin überbrückt die räumliche oder auch zeitliche Distanz zwischen Ärzten, Therapeuten, einer Vielzahl von Heilberuflern, Apothekern und Patienten mittels Telekommunikation. Sie kann für Diagnostik sowie für Therapie eingesetzt werden. Mindestanforderungen wie Netzausbau und die Interoperabilität der Partner sind notwendige Voraussetzungen. Telemedizin ist ein Teilbereich der Telematik²⁷⁸ im Gesundheitswesen und hat neben der medizinischen Versorgung auch die Aufgabe, Leistungserbringer und Anbieter zu vernetzen. In den medizinisch gut versorgten Gebieten wird Telemedizin mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung, zum Beispiel durch Einholung einer Zweitmeinung oder zur Notfallvorbeugung durch apparative Beobachtung verwendet. Im ländlichen Raum ist die Telemedizin insbesondere ein Unterstützungsinstrument des Versorgungsgeschehens – gerade zur Überbrückung von Entfernungen und Versorgungsdefiziten.²⁷⁹ Die Akzeptanz durch die betroffenen älteren Menschen ist allerdings nicht uneingeschränkt gegeben. Telemedizin kann auch einen Beitrag zur Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung leisten.

AGnES²⁸⁰ als Delegation ärztlicher Leistungen mit dem Einsatz einer elektronischen Patientenakte war ein erster Schritt in die Praxis. Speziell ausgebildete Krankenschwestern arbeiten auf Anweisung des Hausarztes, beraten und betreuen Patienten und überwachen Therapien. Bei nicht oder nur eingeschränkt mobilen Patienten machen sie Hausbesuche. Dabei wird auch die telemedizinische Ausrüstung eingesetzt – die Telegesundheitsschwester hat unter anderem einen Laptop und ein Bildtelefon dabei.²⁸¹ Insbesondere bei chronischen Erkrankungen kann Telemedizin eine Direkt- und Dauerbetreuung eines Patienten trotz Ärztemangels und weiter Entfernungen ermöglichen. Die HGC Grundlagenexpertise stellt erfolgreich umgesetzte telemedizinische Projekte und vernetzte Ansätze vor²⁸² und konstatiert zugleich, dass bundesweit die digitalisierte Versorgung noch ausbaufähig sei. Die Einbindung der GGZ und kleinen Krankenhäuser, die Abrechenbarkeit der telemedizinischen Leistungen sowie entsprechende Breitbandkapazitäten sind Grundvoraussetzungen. In Mecklenburg-Vorpommern sollten die bisher nebeneinander stehenden Ansätze zu einem Gesamtprojekt „Telemedizin M-V“ zusammengeführt werden.

²⁷⁷ Schaeffner et al. 2015, S. 150f.: Bei einer neustrukturierten flächendeckenden Versorgung ist ein mehrstufiges Notfallversorgungssystem möglich. Ein solches Notfallversorgungskonzept wurde weder in den Grundlagenexpertisen noch in den Sitzungen der Enquete-Kommission berücksichtigt.

²⁷⁸ Vgl. Wikipedia: Telematik ist in Abgrenzung dazu die Technik (das Mittel) der Informationsverknüpfung von mindestens zwei Informationssystemen mit Hilfe eines Telekommunikationssystems, sowie einer speziellen Datenverarbeitung. URL: <http://de.wikipedia.org/wiki/Telematik> [Stand 07.04.2015]

²⁷⁹ Tivig et al. 2012, S. 44

²⁸⁰ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 72: AGnES steht für „Arztentlastende Gemeinde-nahe E-Health gestützte Systemische Intervention“.

²⁸¹ Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V, Pressemitteilung vom 04.07.2007.

²⁸² HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 69f.

Besondere Beachtung finden altersgerechte oder -unterstützende Assistenzsysteme (Ambient Assisted Living - AAL).²⁸³ Innovative Technik wird eingesetzt, um das alltägliche Leben situationsabhängig und damit den Verbleib in der selbstgewählten Häuslichkeit zu unterstützen.²⁸⁴ Bei AAL geht es um den Sicherheitsaspekt und um Gesunderhaltung, doch sind bei der Einführung der Technologien vielfältige Hürden zu überwinden. Unter Beachtung des Datenschutzes und durch die erlebte Beschleunigung der Prozesse (Befund, Diagnose) kann die Akzeptanz jedoch auch bei Älteren erhöht werden. Für Ärzte und Pflegekräfte werden angemessene und effektive Qualifizierungen benötigt.²⁸⁵ Außerdem fehlen regionale Dienstleister, die die Produkte einführen, konfigurieren, installieren, erklären und gegebenenfalls eine technische Vernetzung bieten können. Derzeitig sind Hersteller vorwiegend im süd- und westdeutschen Raum beheimatet. Zum anderen muss noch viel Informationsarbeit bei potenziellen Nutzern und den Angehörigen geleistet werden. Probleme sind die empfundene Stigmatisierung durch Armbänder mit Notrufknopf, die Abwägung zwischen Privatsphäre und kurzer Reaktionszeit in Krisensituationen sowie die elektronische Unterscheidung zwischen mehreren Personen in einem Haushalt bei Alarmarmauslösung. Fehlende Finanzierungsmodelle durch Versicherungen und Kassen sind weitere entscheidende Hemmnisse. Die Mitverantwortung der Landkreise bei der Finanzierung wird in Mecklenburg-Vorpommern anerkannt, gleichzeitig jedoch auf die derzeitig schwierige finanzielle Situation verwiesen.²⁸⁶ So besteht eine Konzentration auf den Selbstzahler-Markt, die für die Verbreitung in eher einkommensschwachen Regionen wie Mecklenburg-Vorpommern hinderlich sein kann. Das AAL Informations- und Kompetenzzentrum Greifswald erprobt prozessorientiert mit Senioren und Seniorinnen Neuentwicklungen und versucht z.B. durch Weiterbildungen zum AAL-Berater und durch Ausbildung von Senioren-Technik-Botschaftern die neuen Technologien bekannter zu machen. Der Telemedizinbeirat könnte als Berater und Moderator für die Implementierung der Telematik im Gesundheitswesen fungieren.²⁸⁷

C.2.6 Ambulante Versorgung

Ambulante medizinische Versorgung umfasst alle Tätigkeiten des Arztes, die ausreichend und zweckmäßig sind, um Krankheiten zu verhüten, frühzeitig zu erkennen oder zu behandeln. Sie umfasst die hausärztliche, nicht stationäre fachärztliche sowie zahnärztliche Versorgung. Dabei haben die Versicherten eine freie Arztwahl und müssen nicht zuerst den Hausarzt aufsuchen.²⁸⁸ Die Inanspruchnahmerate (die Anzahl der Arztbesuche in den letzten drei Monaten) steigt mit dem Alter stark an.²⁸⁹

²⁸³ Protokoll der 22. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. Mai 2014: Die Sitzung fand im Biotechnikum Greifswald mit begleitender Besichtigung der Ausstellung des Technologiezentrums Greifswald „Ambient Assisted Living“ statt.

²⁸⁴ Interdisziplinäre Fachmesse für das Bauen, Wohnen und Gesundheit im demografischen Wandel und AAL-Kongress am 29. und 30. April 2015 in Frankfurt am Main, URL: http://zukunftslebensraeume.messefrankfurt.com/frankfurt/de/besucher/das_erwartet_sie.html [Stand 28.04.2015].

²⁸⁵ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 87.

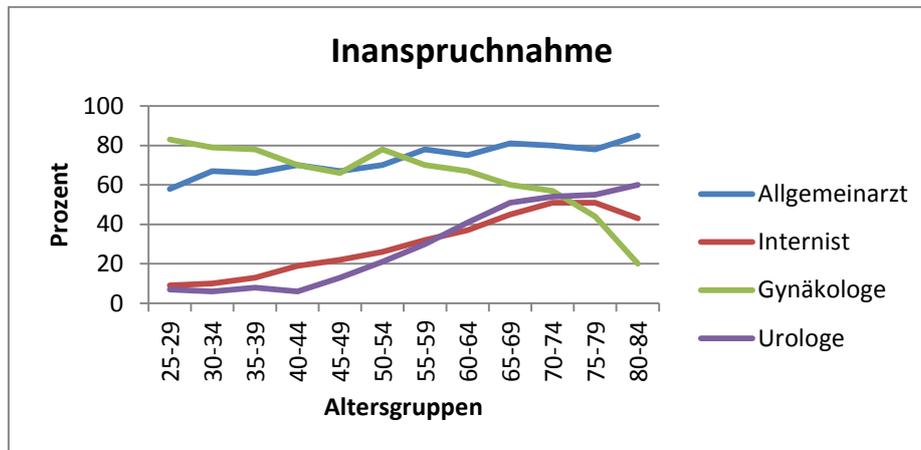
²⁸⁶ Protokoll der 22. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. Mai 2014, S. 15, Beitrag Scheer: Es ist eine Mischfinanzierung erforderlich.

²⁸⁷ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 89.

²⁸⁸ Fallner 2014, S. 63: Vertrauensstellung und Lotsenfunktion des Hausarztes.

²⁸⁹ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 15; vgl. Gipp, Nienaber und Schiffhorst 2014, S. 20 f. (Wegezweck Arztbesuch nimmt im Alter zu).

Abb. 41: Inanspruchnahme (in Prozent) der Altersgruppen von Allgemeinmedizinern, Internisten, Gynäkologen und Urologen 2010



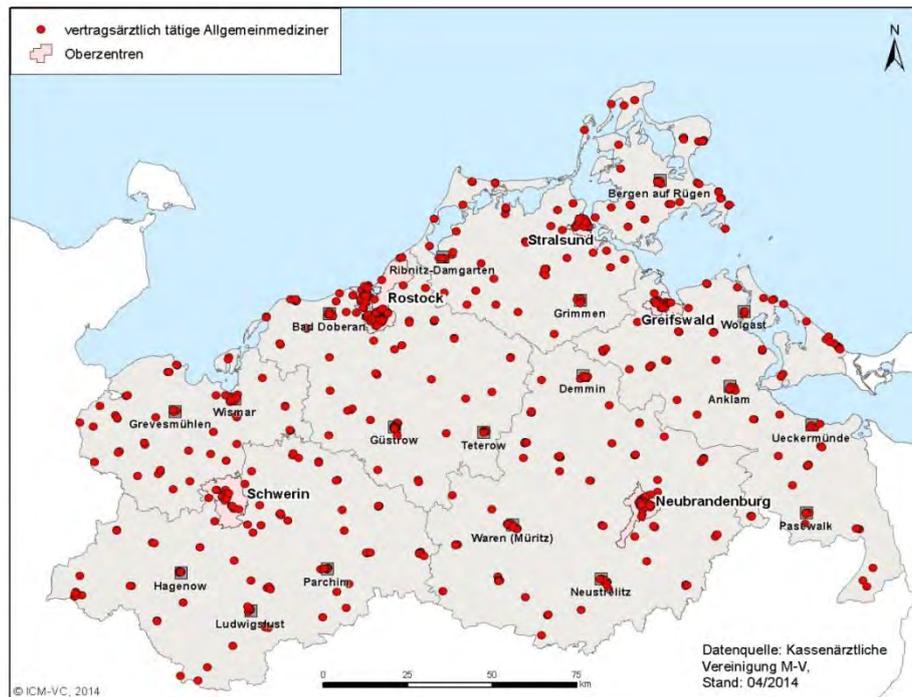
Quelle: ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 15 (SHIP-1, Bevölkerungsdaten des statistischen Landesamtes und eigene Berechnung)

Entscheidend für die Versorgung ist auch in diesem Sektor neben der grundsätzlichen Erreichbarkeit der Leistung²⁹⁰ qualifiziertes Personal in den Gesundheitsberufen. Im ambulanten Sektor weist Mecklenburg-Vorpommern eine mit anderen Bundesländern (NRW, Hessen) vergleichbare Arztdichte auf (233 Einwohner/berufstätiger Arzt). Allerdings konzentrieren sich die Ärzte auf Ballungsgebiete - hier herrscht eine Überversorgung. Seit mehr als zehn Jahren sinkt der Anteil niedergelassener Vertragsärzte im ländlichen Raum trotz insgesamt zunehmender Ärztezahlen in Mecklenburg-Vorpommern.²⁹¹

²⁹⁰ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 16: spezifischer Versorgungsplan für die Region / S. 23: „Für die Sicherstellung der Versorgung einer Region ist nicht nur die Anzahl der Leistungserbringer und deren räumliche Verteilung ausschlaggebend, (...)“ / S. 24: näheres zu Fahrtzeiten.

²⁹¹ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 17 / 20.

Abb. 2: Räumliche Verteilung der vertragsärztlich tätigen Allgemeinmediziner (N=890) in Mecklenburg-Vorpommern, Stand: April 2014

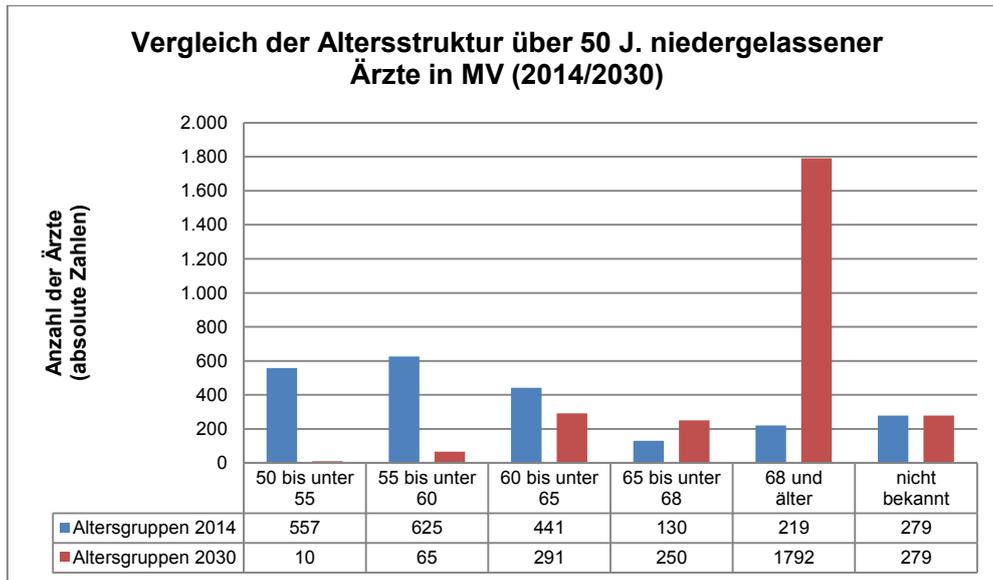


Quelle: ICM Grundlagenexpertise 2014 (Arztsuche Kassenärztliche Vereinigung M-V)

Insbesondere die Zahl der Einzelarztpraxen (929 im Jahr 2011) schrumpft, während Gemeinschaftspraxen (2011: 104 Praxen) zunehmen.²⁹² Diese Tendenzen sind seitens verschiedener Gesundheitsakteure wie dem GKV-Spitzenverband gewünscht und gefordert. 87 Prozent der Ärzte haben eine eigene Zulassung, 13 Prozent haben eine Anstellung.²⁹³ Die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (im Weiteren: MVZ) der Leistungserbringer ist seit 2004 zwar möglich (§ 95 SGB V) aber bisher kaum genutzt worden. Vielmehr sind 23 der in Mecklenburg-Vorpommern bestehenden 45 MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern. Eine stärkere Förderung durch Kommunen und Ärzte ist denkbar.

²⁹² HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 17; vgl. auch Faller 2014, S. 62; vgl. dazu auch Protokoll der 35. Sitzung der Enquete-Kommission vom 10. April 2015, S. 7, Beitrag Hildebrandt: größere Kooperationen mit eigens ausgehandelten Vergütungsstrukturen/„Gesundes Kinzigital“.

²⁹³ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 19.

Abb. 43: Vergleich der Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte (2014/2030, MV)

Quelle: HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil1), S.19 (Quelle i.A. ICM)

Die Altersstruktur der Ärzte verändert sich entsprechend der Bevölkerung insgesamt.²⁹⁴ Im ländlichen Raum arbeitet ein beachtlicher Anteil an Hausärzten, der die allgemeine Ruhestandsgrenze überschritten hat. Im Jahr 2020 werden 66,69 Prozent der zurzeit niedergelassenen Ärzte das Renteneintrittsalter erreicht haben. An Nachwuchsärzten fehlt es gerade hier. Die Motivation, Landarzt zu werden, ist aus verschiedenen Gründen sehr gering.²⁹⁵ Der Verdienst wird als zu gering angesehen und die Lebensqualität durch „rund um die Uhr“ Verfügbarkeit eingeschränkt. Die Wertschätzung fachärztlicher Tätigkeit ist höher.²⁹⁶ Dieser Entwicklung kann mit einer bedarfsgerechten Ausbildung des medizinischen Nachwuchses sowie Fort- und Weiterbildung und Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes entgegengetreten werden.²⁹⁷

Gerade für den ländlichen Raum sind geriatrische Leistungen sowie Fortbildungen mitzudenken. Die koordinierte Steuerungsfunktion obliegt im System der gesetzlichen Krankenversicherung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages.²⁹⁸ Die Verteilung der Ärzte ist bevölkerungsbezogen. Hausärzte werden insbesondere nach kleinsten Planungsebenen (1:1425 Einwohner)²⁹⁹ unter Berücksichtigung der Behandlungszahlen und -bedarfe sowie des Demografiefaktors zugeordnet. Die Städte Schwerin, Rostock, Neubrandenburg, Greifswald und Stralsund sind davon ausgenommen. Es gibt zwölf von Unterversorgung bedrohte Planungsregionen: Demmin, Grimmen, Güstrow, Ludwigslust, Parchim, Teterow, Ueckermünde, Wismar und

²⁹⁴ Faller 2014, S. 51.

²⁹⁵ Faller 2014, S. 52: zur „Verweiblichung“ des Arztberufes“.

²⁹⁶ Faller 2014, S. 52.

²⁹⁷ Faller 2014 S. 53f.

²⁹⁸ Faller 2014, S. 54 / 59f.: Fördermaßnahmen der KV zum Gegensteuern.

²⁹⁹ Faller 2014 S.58.

das Umland von Greifswald, Neubrandenburg, Rostock und Schwerin.³⁰⁰ Das bedeutet derzeit 107 offene Hausarztzulassungen und 30 offene Facharztzulassungen. Die Krankenkassen sind gleichwohl verpflichtet, ihren Patienten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten (§ 73 b SGB V).

Der Fachkräftemangel in der ambulanten Versorgung macht vor diesem Hintergrund neue Wege erforderlich, zumal die Bedarfsplanung in der heutigen Art und Weise als Grundlage für die Sicherstellung der Versorgung insbesondere im ländlichen Raum längst nicht mehr ausreichend ist.³⁰¹ Die KV stellte verschiedene, bereits existierende Motivations- und Konzeptansätze im Rahmen der öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission vor.³⁰² Delegation ist ein geregelter und finanzierter Schritt zur Entlastung der Ärzte und wird unter verschiedenen Bezeichnungen bereits praktiziert.³⁰³ Mit Hilfe von Delegation können zu geringeren Kosten bestimmte ärztliche Leistungen durch entsprechende Kranken- und Altenpflegekräfte übernommen werden (vgl. oben AGnES). Dieser öffnende und gleichzeitig qualitätsorientierte Ansatz wird die Versorgungslücken im ländlichen Raum aber nicht abdecken können. Die ICM Grundlagenexpertise (2014) schlägt hier Modellprojekte vor, in denen die Substitution ärztlicher Leistungen für bestimmte Bereiche (Diabetes mellitus, arterieller Hypertonus, chronische Wunden oder Demenz) umfassend konzipiert und erprobt werden. Auf diese Weise kann die längerfristige Grundsatzprüfung auf Bundesebene ersetzt und für den Paradigmenwechsel im ärztlichen Selbstverständnis intensiv geworben werden. Ein analytisch konzeptioneller Dialog mit den Kommunen oder Dorfgemeinschaften kann schon heute organisatorische (Terminvereinbarungen) und räumliche (Bereitstellung von Räumen) Bedingungen für eine wohnortnahe Versorgung erleichtern.³⁰⁴ Zugleich muss die Entwicklung der Qualitätserfordernisse der jeweiligen Indikationen im Bereich der Ausbildungsmodule vorangebracht werden (s. u.).

Überversorgung an Krankenhausbetten zu beseitigen und dadurch die stationäre Versorgung auf lange Sicht qualitätsorientiert zu spezialisieren, kann mit der Veränderung der ambulanten Versorgungsstruktur einhergehen. Das schließt ein, die ambulante medizinische Versorgung nicht mehr getrennt von der stationären Versorgung zu betrachten. Damit werden neue Kooperationsmodelle oder Betriebsformen erforderlich. Ein Modell für integrierte regionale Versorgung wurde bereits im Rahmen der stationären medizinischen Versorgung vorgestellt.³⁰⁵ Rechtliche Rahmenbedingungen und Honorierungsregelungen können solchen Wegen mehr Raum verschaffen.³⁰⁶

Psychiatrie³⁰⁷ ist die medizinische Disziplin, die sich mit der Prävention, Diagnostik und Therapie seelischer Störungen beschäftigt.³⁰⁸ Teilbereiche sind u.a. die Gerontopsychiatrie, die

³⁰⁰ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 28.

³⁰¹ Faller 2014, S. 68.

³⁰² Protokoll der 34. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. März 2015, S. 16-18, Beitrag Wosniak: die Rolle der KV in der Zukunft unter Bezugnahme des GGZ – Modells von HGC wurde nicht betrachtet.

³⁰³ Protokoll der 34. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. März 2015, S. 17, 23, 39, Beitrag Wosniak: Ausführungen zu AGnES, Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH), (Nicht-ärztliche Praxisassistentin (NäPa) u. a.

³⁰⁴ Faller 2014, S. 66.

³⁰⁵ Faller 2014, S. 61; vgl. Protokoll der 19. Sitzung der Enquete-Kommission vom 7. März 2014, S.8, Beitrag Kaether: Ausführungen zum Zentralen Gesundheitshaus Woldegk.

³⁰⁶ Faller 2014, S. 66.

³⁰⁷ Wikipedia: Psychiatrie, <http://de.wikipedia.org/wiki/Psychiatrie> [Stand 24.06.2015]

sich inhaltsgleich mit den älteren Menschen (Richtwert 60 Jahre) beschäftigt und die Psychotherapie. Diese ist ein Verfahren zur Behandlung seelischer, psychosomatischer Erkrankungen sowie von Leidenszuständen und Verhaltenszuständen.

Die gerontopsychiatrische Versorgung soll gestärkt und durch integrierte Versorgungsmodelle übergangslos sichergestellt werden.³⁰⁹ Im Bereich der Ausbildung regt HGC eine intensivere Abstimmung aller Gesundheitsberufe an. Psychologen und Psychotherapeuten sind darin eingeschlossen.³¹⁰ Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern hat in der 34. Sitzung der Enquete-Kommission das Zukunftsmodell „Ambulant geriatrischer/ (gerontopsychiatrischer) Zentren (AGZ)“³¹¹ als Angebot in der Fläche vorgestellt. Die Gemeindepsychiatrie ist die wohnortnahe Variante der psychiatrischen Versorgung und Behandlung. Für eine Hilfe, die zu den Menschen gebracht wird und nicht die Menschen an zentrale Institutionen bringt, ist das vorgestellte Modell nicht ganzheitlich genug aufgestellt. Der hier kurz skizzierte Gesamtbereich der Psychiatrie wurde weder in den Grundlagenexpertisen noch in den Workshops und Anhörungen näher vertieft.

C.3 Pflegerische Versorgung

Es gelten diejenigen Menschen als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15 SGB XI) der Hilfe bedürfen (§ 14 Absatz 1 SGB XI).

Im Dezember 2013 waren in Deutschland 2,63 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Mehr als zwei Drittel (71 Prozent oder 1,68 Millionen) aller Pflegebedürftigen wurden nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes zu Hause versorgt. Von diesen erhielten 1,15 Millionen Pflegebedürftige Pflegegeld – das bedeutet, dass sie in der Regel allein durch Angehörige gepflegt wurden. Weitere 526.000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten, bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste.³¹² In Pflegeheimen wurden vollstationär insgesamt 764.000 Pflegebedürftige (29 Prozent)³¹³ versorgt.

³⁰⁸ Die stationäre Versorgung wird durch das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) optional vergütet.

³⁰⁹ HGC Grundlagenexpertise (Teil 1), S. 35 und S. 61: Zur Vermeidung stationärer Einweisung ist eine schnell einsetzende ambulante Psychotherapie denkbar.

³¹⁰ HGC Grundlagenexpertise (Teil 1), S.8.

³¹¹ vgl. Kommissionsdrucksache 6/043

³¹² Rothgang et al. 2014, S. 59.

³¹³ Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 094 vom 12.03.2015: „71 % der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt“, https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/03/PD15_094_224.html [Stand 28.05.2015]

Abb. 44: Pflegebedürftige nach Pflegestufen am 15. Dezember 2011 – absolut

| Land | Pflegebedürftige | | | | |
|------------------------------|------------------|---|----------------|----------------|---------------|
| | insgesamt | Veränderungen zu 2009 in % ¹ | Pflegestufe | | |
| | | | I | II | III |
| Baden-Württemberg . . . | 57 617 | 16,0 | 31 103 | 19 628 | 6 886 |
| Bayern | 73 459 | <u>0,2</u> | 39 406 | 23 903 | 10 150 |
| Berlin | 26 398 | 0,5 | 15 145 | 8 424 | 2 829 |
| Brandenburg | 27 892 | 7,0 | 14 914 | 9 783 | 3 195 |
| Bremen | 6 222 | 2,2 | 3 767 | 1 871 | 584 |
| Hamburg | 13 513 | <u>-2,1</u> | 8 029 | 4 217 | 1 267 |
| Hessen | 41 466 | 2,5 | 21 777 | 14 097 | 5 592 |
| Meckl.-Vorpommern . . . | 17 186 | 9,5 | 10 076 | 5 674 | 1 436 |
| Niedersachsen | 63 525 | 1,0 | 37 353 | 19 538 | 6 634 |
| Nordrhein-Westfalen . . | 122 249 | 3,1 | 69 204 | 40 338 | 12 707 |
| Rheinland-Pfalz | 23 284 | 6,0 | 12 310 | 8 363 | 2 611 |
| Saarland | 6 883 | 3,6 | 3 920 | 2 269 | 694 |
| Sachsen | 38 085 | 2,7 | 23 033 | 11 898 | 3 154 |
| Sachsen-Anhalt | 22 525 | 8,3 | 13 555 | 7 319 | 1 651 |
| Schleswig-Holstein . . . | 15 964 | <u>-4,9</u> | 10 019 | 4 622 | 1 323 |
| Thüringen | 19 996 | 6,7 | 10 774 | 6 930 | 2 292 |
| Deutschland | 576 264 | 3,8 | 324 385 | 188 874 | 63 005 |

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2011 (Relativ hohe Werte in den Ländern sind durch Fettschrift hervorgehoben, relativ niedrige durch Unterstreichung)

Dem Leitgedanken „ambulant vor stationär“ soll auch in der Pflege Rechnung getragen werden. Er ist das wesentliche Steuerungsargument. Pflege ist geprägt von einer beachtlichen Anzahl konkurrierender, nicht abgestimmter Pflegeangebote – stationär wie ambulant. Eine fließende Abstimmung mit der medizinischen Versorgung existiert regelmäßig nicht oder unzureichend. Gerade in diesem Versorgungssektor ist die subjektive Gesundheit des pflegebedürftigen Menschen ein wesentlicher Faktor und nimmt damit einen eigenständigen Stellenwert bei der Betrachtung der Versorgung ein.³¹⁴ Objektiv ist Gesundheit auf Lebens-, Bildungs- und Arbeitsbedingungen zurückzuführen.³¹⁵ Bei der pflegerischen Versorgung sind die Größe der Pflegedienste und Pflegeheime und deren Personalkapazität (s.u.) zu beachten. Nur dadurch kann qualitativ anspruchsvolle Pflege vorgehalten werden, die auch so von den pflegebedürftigen Menschen (subjektiv) wahrgenommen wird. Zu den Veränderungen der Rahmenbedingungen – insbesondere der rechtlichen – wird auf Ausführungen in der HGC Grundlagenexpertise³¹⁶ hingewiesen. Pflege braucht dringend einen Versorgungsmix, bei dem insbesondere Fachkräfte, Angehörige, ehrenamtlich Tätige und Heilberufe koordiniert zusammenwirken. Eine „Sorgende Gemeinschaft“ (Caring Community) bildet die allgemeine Grundlage dafür und akzeptiert zugleich die finanziellen, strukturellen und tatsächlichen Grenzen einer öffentlich finanzierten und ausschließlich professionell erbrachten Pflege.³¹⁷

³¹⁴ Hüther und Naegele 2013, S. 245.

³¹⁵ Hüther und Naegele 2013, S. 247.

³¹⁶ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 2), S. 4 ff.

³¹⁷ vgl. Bürgergenossenschaft Gillenfeld (in Gründung): „Gillenfeld: Auf dem Weg in die sorgende Dorfgemeinschaft“, Projektskizze und Interessensbekundung für die Auswahl als Modellvorhaben nach § 45 SGB XI, Gillenfeld/Rheinland-Pfalz

C.3.1 Stationäre Pflege

Neben der Medizin nimmt die Pflege eine besondere Rolle in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ein. Pflege ist neben der medizinischen eine eigenständige Versorgung – und nicht nur in Abhängigkeit von dieser zu sehen.³¹⁸ Der Pflegebereich ist ein Wachstumsmarkt. Er besetzt im gesamten Gesundheitsmarkt hinsichtlich der Bedeutung den vierten Platz.³¹⁹ Die These, dass das vorhandene Angebot die Nachfrage indiziert³²⁰ wurde bestritten.³²¹

2011 verfügte Mecklenburg-Vorpommern über 438 ambulante und 332 stationäre Pflegeeinrichtungen, deren Erreichbarkeit mit individuellem Personennahverkehr (IPNV) gegeben ist. Jedoch benötigen in der Lupenregion Ludwigslust-Parchim 20 Prozent der Bevölkerung mehr als 15 Minuten Fahrzeit (Pkw), um Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen sowie Hospize zu erreichen. Die Zahl der Pflegeheime bundesweit hat zwischen 1999 und 2011 um 40 Prozent zugenommen.³²² Obwohl immer mehr ältere Menschen älter und kränker in Pflegeeinrichtungen kommen, sind dies dennoch keine Institutionen des Sterbens.³²³ Das Durchschnittsalter steigt und die Heimaufenthaltsdauer wird keineswegs kürzer.³²⁴

Mecklenburg-Vorpommern ist das Bundesland mit der höchsten Pflegequote im Bundesvergleich. Sie beläuft sich auf 4,1 Prozent. Der niedrigste Wert liegt bei 2,6 Prozent in Baden-Württemberg und Bayern.³²⁵ Im Hinblick auf die Auslastung der vollstationären Dauerpflege weist Mecklenburg-Vorpommern überdurchschnittlich hohe Werte auf. So lag der Auslastungsgrad im Jahr 2011 bei 96,7 Prozent. Den niedrigsten Wert innerhalb Deutschlands wies Rheinland-Pfalz mit 80,1 Prozent auf.³²⁶ Der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen war im Deutschlandvergleich 2011 in Mecklenburg-Vorpommern mit 8 Prozent besonders niedrig.³²⁷

Die wirtschaftliche Situation der Pflegeheime, insbesondere die der privaten Einzelheime, ist in Mecklenburg-Vorpommern eher schlecht. Die Größe der Einrichtung ist dabei nicht entscheidend (vgl. oben), sondern die Personalausstattung. Der Mangel an Fachkräften hat bereits eingesetzt. Im März 2013 war die Zahl der gemeldeten offenen Stellen für Pflegefachkräfte in der stationären und ambulanten Pflege bundesweit doppelt so hoch wie 2007 – und das, obwohl es sich um einen Wachstumsmarkt handelt.³²⁸ Am Stichtag 15. Dezember 2013 waren in der stationären Pflege 685.447 Personen beschäftigt, davon 203.715

³¹⁸ Protokoll der 34. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. März 2015, S. 34ff, Beitrag Eydam; Protokoll der 35. Sitzung der Enquete-Kommission vom 10. April 2015, S. 17f, Beitrag Wolfgram.

³¹⁹ Augurzky et al. 2013, S. 11.

³²⁰ Rothgang et al. 2014, S. 19.

³²¹ Protokoll der 35. Sitzung der Enquete-Kommission vom 10. April 2015, schriftliche Stellungnahme von Sven Wolfgram, bpa Landesbeauftragter, als Anlage.

³²² Augurzky et al. 2013, S. 78.

³²³ Rothgang, Müller, und Unger 2013, S. 11 / 184.

³²⁴ Rothgang, Müller, und Unger 2013, S. 12.

³²⁵ Vgl. Rothgang et al. 2014, S.64.

³²⁶ Rothgang, Müller, und Unger 2013, S.121.

³²⁷ Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2014 – Ambulante Pflegedienste; URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste.html>, S. 7 [Stand 06.05.2015].

³²⁸ Augurzky et al. 2013, S.11.

in Vollzeit.³²⁹ Durch die zunehmende Zahl älterer Menschen wird bis 2020 bundesweit mit einem zusätzlichen Bedarf von rund 38.000 Pflegekräften im stationären Bereich (Vollzeitkräfte)³³⁰ gerechnet. Folgende Aufstellung unterstreicht, dass der überwiegende Anteil der Beschäftigten in Mecklenburg-Vorpommern nicht vollzeitbeschäftigt ist.

Abb. 45: Personal nach Beschäftigungsverhältnis am 15. Dezember 2011 – absolut

| Land | Insgesamt | Personal nach Beschäftigungsverhältnis | | | | | | | |
|------------------------------|----------------|--|---------------------|--|-------------------------|---|--|-----------------------|--|
| | | vollzeitbeschäftigt | teilzeitbeschäftigt | | | sonstige | | | |
| | | | über 50 % | 50 % und weniger, aber nicht geringfügig | geringfügig beschäftigt | Praktikant/-in, Schüler/-in, Auszubildende/-r | Helfer/-in im freiwilligen sozialen Jahr | Zivildienstleistender | Helfer/-in im Bundesfreiwilligendienst |
| Baden-Württemberg . . . | 28 895 | 5 933 | 7 580 | 6 818 | 7 856 | 571 | 89 | 5 | 43 |
| Bayern | 38 594 | 8 049 | 11 882 | 6 779 | 11 210 | 546 | 55 | 11 | 62 |
| Berlin | 20 665 | 7 743 | 8 459 | 1 747 | 2 460 | 223 | 11 | 2 | 20 |
| Brandenburg | 12 456 | 4 509 | 6 009 | 814 | 965 | 152 | 3 | – | 4 |
| Bremen | 3 472 | 748 | 1 510 | 372 | 814 | 23 | 5 | – | – |
| Hamburg | 9 827 | 2 840 | 3 174 | 1 050 | 2 574 | 115 | 14 | 7 | 53 |
| Hessen | 19 568 | 5 352 | 5 769 | 3 566 | 4 512 | 286 | 43 | 3 | 37 |
| Meckl.-Vorpommern . . . | 7 436 | 2 847 | 3 453 | 479 | 518 | 132 | 4 | 1 | 2 |
| Niedersachsen | 29 362 | 5 562 | 11 203 | 5 581 | 6 331 | 570 | 47 | 13 | 55 |
| Nordrhein-Westfalen . . | 59 657 | 16 385 | 17 643 | 8 665 | 15 755 | 967 | 121 | 15 | 106 |
| Rheinland-Pfalz | 11 667 | 3 125 | 3 010 | 2 023 | 3 084 | 393 | 20 | – | 12 |
| Saarland | 3 266 | 811 | 709 | 516 | 1 131 | 90 | 7 | 1 | 1 |
| Sachsen | 19 400 | 6 790 | 9 175 | 1 373 | 1 318 | 711 | 11 | – | 22 |
| Sachsen-Anhalt | 8 752 | 3 609 | 3 934 | 579 | 434 | 184 | 4 | 2 | 6 |
| Schleswig-Holstein . . . | 9 191 | 1 812 | 3 421 | 1 638 | 2 203 | 92 | 16 | 2 | 7 |
| Thüringen | 8 506 | 3 640 | 3 583 | 487 | 506 | 271 | 10 | 2 | 7 |
| Deutschland | 290 714 | 79 755 | 100 514 | 42 487 | 61 671 | 5 326 | 460 | 64 | 437 |

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2011

Die Verknappung des Fachpersonals spiegelt sich bisher in der Entwicklung der Vergütung in Mecklenburg-Vorpommern nicht wider. Die Teilzeitquote ist insgesamt hoch und steigt wie auch das durchschnittliche Alter dieser überwiegend weiblichen Berufsgruppe. Prognostisch könnte das Durchschnittsalter bis zum Jahr 2020 auf 46,5 Jahre angestiegen sein.³³¹ Um diesem Mangel rasch entgegenzutreten, könnte es förderlich sein, die Verweildauer im Beruf zu verlängern, die Vollzeitbeschäftigung auszubauen und mehr Auszubildende zu gewinnen. Zugleich müssen sich die Gehälter für Fachkräfte schrittweise, aber deutlich von denen der Hilfskräfte absetzen, Bürokratie abgebaut und bessere Entwicklungsperspektiven geboten werden.

Die vielfältigen Ansprüche an die Pflege können als wirtschaftliche Risiken nicht ausschließlich von den Leistungsanbietern abgefangen werden. Preise für die Pflege werden sich erhöhen und damit die Belastungen für die Pflegebedürftigen steigen.³³² Die Leistungen der Pflegeversicherung sind bereits heute deutlich geringer als die durchschnittlichen Pflegesätze.

³²⁹ Statistisches Bundesamt: Personal in Pflegeeinrichtungen, URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Tabellen/PersonalPflegeeinrichtungen.html> [Stand 15.12.2013]

³³⁰ Augurzky et al. 2013, S. 80.

³³¹ Tivig, Henseke und Neuhaus 2013, S. 48.

³³² Augurzky et al. 2013, S. 14.

Die Gesundheitsberufe sollten eigenständig betrachtet³³³ und attraktiver gestaltet werden.³³⁴ Delegation und andere Modelle der Aufgabenübertragung sind ein Schritt zur Arztentlastung, ein anderer ist die Anerkennung pflegerischer Leistung. Die bundespolitisch geplante generalistische Ausbildung als Grundbaustein ermöglicht, durch spätere Spezialisierungen (Gesundheits-, Kranken-, Kinderkranken- und Altenpfleger) sich zu verändern und weiterzuentwickeln. Die Notwendigkeit der frühzeitigen Festlegung auf einen bestimmten Pflegebereich wäre dadurch aufgehoben. Eine Generalisierung würde zudem die berufliche Mobilität innerhalb der Europäischen Union fördern und damit die Attraktivität steigern.³³⁵ Die Befürchtung, dass sich zu wenig Auszubildende für die Altenpflege entscheiden würden, ist nicht untersetzt.³³⁶ Politische Handlungsschritte, die die Altenpflege im Rahmen der generalistischen Ausbildung attraktiv machen, sind laut ICM Grundlagenexpertise (2014) gefordert.³³⁷ Die berufliche Anerkennung und die Angleichung der Vergütung an Westniveau sind wichtige Planungsfaktoren einer qualitätsorientierten pflegerischen Versorgung. Zusätzlich sollten akademische Weiter- und Ausbildungsmöglichkeiten vorgehalten werden. Existiert pflegerische Ausbildung an Schulen des Gesundheitswesens und an Hochschulen parallel, entsteht ein Qualifikationsmix, der den Anschluss an andere Ausbildungsstrukturen in Europa ermöglicht. Die akademischen Ausbildungsangebote beziehen sich bisher insbesondere auf Management, Pädagogik und Pflegeforschung.³³⁸

Das gemeinsame Lernen von Auszubildenden der Pflegeberufe und den Studierenden der Medizin kann nach den Vorstellungen der Gutachter die Kooperation zwischen den Professionen verbessern.³³⁹ Reibungsverluste und Missverständnisse könnten so ausgeschaltet und die Würdigung der Eigenständigkeit jeder Profession gefördert werden. Die Aufgaben der Hochschulen würden damit in den Vordergrund gerückt.³⁴⁰ Dieser Idee konnten sich im Rahmen der Anhörung weder Prof. Dr. Hans-Joachim Goetze noch Friedrich Eydam vom Bildungsinstitut für Gesundheits- und Sozialberufe gGmbH (BIGS) oder die Ärztekammer Mecklenburg Vorpommern, vertreten durch ihren Präsidenten Dr. Andreas Crusius, anschließen. Sie argumentierten eine gute Kooperation setze nicht eine vernetzte (auch nicht in Anteilen), gemeinsame Ausbildung voraus. Vielmehr solle erst jede Berufsgruppe ihre Identität wahren, um dann eine Vernetzung aus einem gleichwertigen Selbstverständnis heraus umsetzen zu können.³⁴¹

In den Jahren 2010 und 2012 nahm die Zahl der bestandenen Abschlussprüfungen in der Altenpflege in Mecklenburg-Vorpommern um 300 zu. Die Anzahl abgeschlossener Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege stieg um etwa 28 Prozent ebenfalls an. Kritisch erscheint der Qualifikationsgrad in der Palliativmedizin. Hier weisen Mitarbeiter in der Hälfte aller Einrichtungen aktuell trotz existierender Schulungsprogramme zur palliativen Versorgung keine spezifische Weiterbildung (s. o.) auf.

³³³ Protokoll der 34. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. März 2015, S. 35f, 38, Beitrag Eydam.

³³⁴ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 111.

³³⁵ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 78f: weiterführend auch zu landespolitischen Einigungen.

³³⁶ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 78: weniger Attraktivität der Altenhilfe. Anders: Protokoll der 34. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. März 2015, S. 38, Beitrag Eydam.

³³⁷ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 79.

³³⁸ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 77.

³³⁹ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 77 / 81.

³⁴⁰ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 82 f.

³⁴¹ Protokoll der 34. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. März 2015, S. 30f Beitrag Goetze, S. 34, Beitrag Crusius.

Um die besonders im ländlichen Raum wenigen Fachkräfte effizient einzusetzen, müssen Kapazitäten gebündelt werden. Daraus folgt, dass gerade hier Betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften und Pflegeeinrichtungen deutliche Vorteile gegenüber einer zersiedelten Versorgungsstruktur haben.³⁴² Alternativ können größere Vernetzungsstrukturen (GGZ) den ländlichen Raum abdecken, aber dann fehlt es möglicherweise an offenem Wettbewerb. Restriktive Vorgaben für die stationäre Pflege könnten zusätzliche Verschiebungen nach sich ziehen.

Rein pflegerische Leistungen müssen Fachkräften vorbehalten bleiben, andere können delegiert werden. Begleitende Leistungen hingegen könnten niederschwellig von Dritten – professionell oder ehrenamtlich – erbracht werden. Diese Tatsache sichert jetzt wie auch in Zukunft die Qualität der pflegerischen Versorgung. Bei genauer Analyse kann dies zu einer Entlastung der Fachkräfte von Arbeiten führen, die der eigentlichen Pflege fern sind. Diese Möglichkeit setzt allerdings voraus, dass Berufsbilder ausdifferenziert und verändert weiterentwickelt werden (s.o.). Von einer Steigerung der Behandlungsintensität und damit auch einem Zugewinn der Ertragskraft ist dabei auszugehen.

C.3.2 Prävention und Rehabilitation

Die Pflege wird durch nachwachsende Generationen zunehmend von einem veränderten Gesundheitsbewusstsein geprägt. Die Vermeidung von Krankheit rückt mehr in den Mittelpunkt (Abkehr vom kurativen System zum präventiven System).³⁴³ Der Erhalt körperlicher und kognitiver Aktivitäten ist für ein langfristig selbstbestimmtes Leben ein wesentlicher Faktor.³⁴⁴

Pflegekassen und Leistungserbringer wirken darauf hin, dass „Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden“ (§ 5 Absatz 1 SGB XI). Auch sei „die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern“ (§ 5 Absatz 2 SGB XI). Viele Krankenkassen unterstützen frühzeitig veränderte Verhaltensweisen ihrer Versicherten mit Bonusprogrammen, Prämien oder Rückerstattungen. Die Eigenverantwortlichkeit für die Gesundheit ist dabei nicht zu unterschätzen. Von dem Konzept der Prävention abzugrenzen ist die Gesundheitsförderung. Sie beschreibt alle Prozesse, die dem Menschen helfen, Kontrolle über seine Gesundheit zu erlangen und diese zu erhöhen. Sie zielt darauf ab, die Faktoren zu identifizieren, die Gesundheit erhalten.³⁴⁵ Eine allgemein gesunde und insbesondere der Lebensphase der Älteren angepasste Ernährung ist ebenfalls wichtig für den Gesunderhalt.³⁴⁶

Es gibt drei Stufen der Prävention.³⁴⁷ Die Primärprävention beschreibt alle Aktivitäten, die auf eine Verhinderung noch nicht eingetretener Schäden abzielen. Sie richtet sich an alle Menschen, vorrangig junge und gesunde. Das gesundheitspolitische Ziel ist die Senkung der

³⁴² Augurzky et al. 2013, S. 15.

³⁴³ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 106.

³⁴⁴ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 107 m.w.N.

³⁴⁵ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 2), S. 40: Gesundheitsförderung vertritt einen salutogenetischen Ansatz im Gegensatz zu einem pathogenetischen Ansatz mit einer auf die Krankheit fokussierten Sicht.

³⁴⁶ s. DGE-Qualitätsstandards. URL: <http://www.fitimalter-dge.de/service/medien.html#c981> [Stand 05.11.2015]

³⁴⁷ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 2), S. 40.

Neuerkrankungsrate (z. B. durch öffentliche Kampagnen zur Reduktion des Tabakkonsums) und ist eher langfristig orientiert. Die Sekundärprävention umfasst alle Aktivitäten, die auf eine Frühtherapie symptomloser Krankheitsfrühstadien abzielen. Sie richtet sich an Personen, die bereits eine präklinische Schädigung aufweisen. Das gesundheitspolitische Ziel ist die Senkung der Neuerkrankungsrate manifester Erkrankungen (z. B. Betreuung von Diabetikern durch Ernährungsberatung und Gewichtsreduktionsprogramme). Die Tertiärprävention umfasst alle Maßnahmen, die eine Verschlimmerung einer bereits bestehenden Erkrankung verhindern sollen. Das gesundheitspolitische Ziel ist dabei, die Krankheitsschwere zu begrenzen und das Auftreten weiterer Erkrankungen zu reduzieren. Tertiärprävention beinhaltet normalerweise Kurations- oder Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. antihypertensive Behandlung von Patienten mit manifester koronarer Herzkrankheit) und daneben Maßnahmen, die auch im Rahmen der Primär- und Sekundärprävention möglich sind.

Wesentlich für jede Form der Prävention ist, dass die Menschen erreicht und motiviert werden. Neben Bonusprogrammen sind Aufklärung und Information wichtig. Die angebotene Präventionsleistung muss zielgruppenspezifisch erreichbar sein und individuelle Kombinationsmöglichkeiten müssen zur Anwendung kommen. Die Frage der Mobilität des einzelnen und die Struktur vor Ort sind mitentscheidend, ob eine Maßnahme angenommen wird. Sinnvoll kann es deshalb sein, möglichst viele Leistungsanbieter (Sportvereine, Physiotherapeuten, Volkshochschulen) regional zu vernetzen und das Angebot flexibel und mit niedrigen Zugangsschwellen, gegebenenfalls aufsuchend zu organisieren. Bei älteren Menschen kann das Angebot und die Motivation über typische Kontaktstellen wie Hausärzte, Pflegedienste oder Apotheken transportiert werden.³⁴⁸

Neben der eigenen Motivation ist bei den älteren Menschen, die noch erwerbstätig sind, auch die Unterstützung des Arbeitgebers zu betrachten. Durchschnittlich sind Arbeitnehmer 14 Tage im Jahr arbeitsunfähig. Dabei sind Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeit (ohne Krankschreibung) und eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit unberücksichtigt. Bei zunehmendem Alter nehmen die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung und dadurch bedingter Arbeitsausfall zu. Daher ist es im Interesse der Arbeitgeber, betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement im eigenen Betrieb individuell zugeschnitten umzusetzen. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst Maßnahmen der Arbeitgeber, Arbeitnehmer und der Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Diese Maßnahmen sind gemeinsam von allen Beteiligten festzusetzen. Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist die Gestaltung, Lenkung und Entwicklung betrieblicher Strukturen, um Arbeit, Organisation und Verhalten am Arbeitsplatz gesundheitsförderlich zu gestalten.³⁴⁹ In Mecklenburg-Vorpommern existieren bereits entsprechende Projekte,³⁵⁰ die Größe der Betriebe und die ländliche Struktur des Landes vereinfachen allerdings diese Vorhaben nicht. Bisher sind die Präventionsansätze relativ unsystematisch (z.B. vom Bäderverband e.V., von Sportvereinen, privaten Freizeitsportanbietern und Krankenkassen) und beschränken sich auf volkspädagogische Aufklärung und Ermahnung der unterschiedlichen Gesundheitsdienstleister. Die HGC Grundlagenexpertise konstatiert: „Eine systematische und landesweit abgestimmte

³⁴⁸ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 108f.

³⁴⁹ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 104.

³⁵⁰ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 105; vgl. Bundesministerium für Gesundheit – Best Practice Mecklenburg-Vorpommern, URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/best-practice-mecklenburg-vorpommern.html> [Stand 31.03.2015]

Präventionsstrategie und entsprechendes Verwaltungshandeln gibt es jedoch nicht.³⁵¹ Die Effekte dieser nebeneinander und weitgehend unkoordinierten Angebote sind nur schwer zu messen. Prävention als Instrument der Gesundheitspolitik gibt es nach der gutachterlichen Analyse in Mecklenburg-Vorpommern damit derzeit nicht.³⁵²

Systematisch organisierte Prävention bietet ein großes Potenzial, die Morbidität zu verschieben und sie insgesamt zu reduzieren.³⁵³ 20 bis 30 Prozent älterer Menschen, die bereits das Rentenalter erreicht haben, verzeichnen körperliche Einschränkungen oder eine eingeschränkte Fähigkeit, Routinetätigkeiten zu bewältigen. Der Anteil steigt bei den über 80-Jährigen auf über 80 Prozent.³⁵⁴ Prävention für ältere Menschen ist dann effektiv, wenn sie als Multikomponenten-Ansatz konzipiert und umgesetzt wird. Dann sind alle motorischen Fähigkeiten (Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit, Beweglichkeit, Koordination) einbezogen und sprechen so sportartungebunden auch kognitive Reize an.³⁵⁵ Für diese Altersgruppe ist das regionale Angebot besonders niederschwellig und professionell zu gestalten.³⁵⁶ Der Aufwand für die Betroffenen ist dann gering.

Nach dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit richtet sich Prävention (Rehabilitation) darauf aus, diese zu verringern und eine Verschlimmerung zu verhindern.³⁵⁷ Zugleich sollte aber auch der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ stärker genutzt werden. Es kann unterstellt werden, dass dadurch Pflege vermieden werden kann. Bei rund 15 Prozent der Pflegebedürftigen über 65 Jahren wurde bereits eine medizinische Rehabilitation vorgenommen.³⁵⁸ Diese Anstrengungen könnten intensiviert werden. Bisher gibt es zwar Studien zur generellen Wirksamkeit von Rehabilitation, nicht aber Studien zur Verringerung der Pflegebedürftigkeit durch Rehabilitation, da Wirksamkeit, Nutzen und Schaden komplexer Interventionen nur schwer zu messen sind.³⁵⁹ Der Fokus sollte auch hier auf integrierter Versorgung liegen, das heißt, alle Gesundheitssektoren sollten sich mit der Frage der gesamten Prävention auseinandersetzen. Dazu ist eine räumliche Nähe der Angebote und Leistungen erforderlich, um größere Wirtschaftlichkeit und Akzeptanz bei den Betroffenen zu erreichen. GGZ, LGZ oder MVZ könnten hierfür adäquate Lösungen bieten.

Die geriatrische Rehabilitation ist zu unterscheiden in vollstationäre, ambulante und mobile Rehabilitation. Rehabilitation und geriatrische Frührehabilitation finden vorwiegend kurz vor dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit statt.³⁶⁰ Dies kann als letzter Versuch zur Vermeidung von Pflege gesehen werden. Meistens schließen sich diese Maßnahmen an einen Krankenhausaufenthalt an. Kostenträger sind die GKV³⁶¹ (Regelfall), die Deutsche Rentenversicherung und die Unfallversicherung. Die Entwicklung im Fachbereich der Geriatrie ist im Krankenhaus bis zum Jahr 2012 steigend und im Bereich der geriatrischen Rehabilitation noch stagnierend.³⁶² Der relevante Jahresverlust und damit die

³⁵¹ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 2), S. 41.

³⁵² HGC Grundlagenexpertise 2015(Teil 2), S. 41f.

³⁵³ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 2), S. 42.

³⁵⁴ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 106.

³⁵⁵ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 107.

³⁵⁶ ICM Grundlagenexpertise 2014, S. 109.

³⁵⁷ Rothgang et al. 2014, S. 190.

³⁵⁸ Rothgang, Müller und Unger 2013, S.14.

³⁵⁹ Rothgang et al. 2014, S.193.

³⁶⁰ Rothgang et al. 2014, S.188.

³⁶¹ Rothgang et al. 2014, S. 192: zum Fehlanreiz im Finanzierungssystem.

³⁶² Rothgang et al. 2014, S.197.

Ausfallwahrscheinlichkeit liegen bei den Rehabilitations-Einrichtungen mit 11 Prozent höher als bei Pflegeheimen.³⁶³ Rehabilitation ist also ein Versorgungsbereich mit zunehmenden Aufgaben, in den aber noch nicht entsprechend investiert wird. Bei Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist in Mecklenburg-Vorpommern derzeit kein Mangel erkennbar. Mit rund 651 Betten auf 100.000 Einwohner (2012) verfügt das Flächenland über zwei- bis dreifach so viele Betten wie die übrigen Bundesländer. Schwieriger ist die Situation bei der personellen Ausstattung dieser Einrichtungen. Die Anzahl der je Vollkraft (VK) (ärztlich und nicht-ärztlicher Dienst) versorgten Fälle in Mecklenburg-Vorpommern belief sich 2013 auf 29 Fälle/VK und stellt damit nach Schleswig-Holstein (31 Fälle/VK) im bundesweiten Vergleich den zweithöchsten Wert (BRD Ø 22 Fälle/VK).³⁶⁴ Dies ist zum einen ein Indiz für eine hohe Leistungsfähigkeit, zum anderen für einen Mangel an qualifiziertem Personal. Eine vollständige Übersicht über alle Rehabilitationsangebote unter Berücksichtigung des Leistungsgeschehens kann eine Vernetzung im Sinne einer integrierten Versorgung fördern.

C.3.3 Demenz

Demenz ist eine erworbene, auf organische Hirnschädigung beruhende komplexe neuropsychologische Störung, die immer eine Gedächtnisstörung einschließt, zusätzlich jedoch mindestens eine weitere Beeinträchtigung im Bereich der sogenannten höheren kortikalen Funktionen. Als Störungen höherer kortikaler Funktionen³⁶⁵ gelten Aphasie (Sprachstörung), Apraxie (Bewegungsstörung), Agnosie (Erkenntnisstörung) und die beeinträchtigte Handlungs- und Planungskompetenz.³⁶⁶ Demenzkranke haben Erinnerungslücken: Wer sich nicht mehr daran erinnern kann, wie sich Schmerzen anfühlen, kann auch nicht äußern, dass er Schmerzen hat. In dieser Situation werden Schmerzen nicht erkannt und infolgedessen auch nicht behandelt. Bei Menschen mit Demenz gehen Orientierung, Sprache und die Logik verloren. Die Gefühlsempfindungen ändern sich hingegen nicht. Ängste, Zorn, Scham und das Bedürfnis nach Intimsphäre bleiben bestehen oder verstärken sich sogar und lösen Stress aus. Gegen Demenz gibt es noch keine wirksamen Mittel, lediglich Symptome können gelindert und das Fortschreiten zeitweilig aufgehalten werden.

Eine irreversible Demenz liegt bei 90 Prozent der demenziell erkrankten Menschen vor. Die häufigste Form der irreversiblen Demenz ist die Alzheimer Krankheit (ungefähr 50 Prozent). Bei 10 Prozent geht die Demenz auf eine andere Erkrankung zurück, die bei rechtzeitigem Erkennen möglicherweise heilbar ist.³⁶⁷ Für das Jahr 2030 ist von einer massiven Zunahme an Demenzkranken insbesondere in der Gruppe der über 85-Jährigen auszugehen.

³⁶³ Augurzky et al. 2013, S. 87.

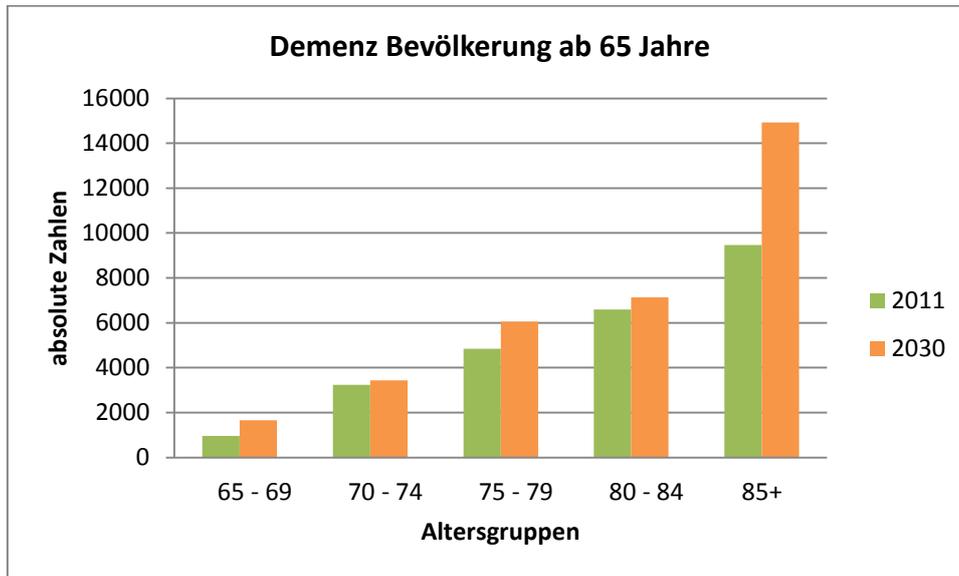
³⁶⁴ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 19.

³⁶⁵ Deutsche Enzyklopädie: Definition „Kortikale Funktion“ = von der Gehirnrinde ausgehend, in der Rinde lokalisiert. [Stand 31.03.2015]

³⁶⁶ PflegeWiki: Demenz, URL: <http://www.pflegewiki.de/wiki/Demenz> [Stand 31.03.2015].

³⁶⁷ Drach 2013, S. 3.

Abb. 46: An Demenz erkrankte Bevölkerung Mecklenburg – Vorpommern 2010 und hochgerechnet für 2030



Quelle: ICM Grundlagenexpertise 2014, S.14 (Bickel-Studie, Statistisches Amt Mecklenburg – Vorpommern)

Mit dem Spannungsfeld zwischen der Selbstbestimmung eines Menschen und der fortschreitenden Demenz beschäftigte sich der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme im Jahr 2012. Zu beachten ist, dass die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung während einer Demenzerkrankung zwar abnehmen, das Selbst der betroffenen Menschen aber bleibt.³⁶⁸ Bei der Versorgung des Erkrankten muss also der zunehmende Verlust der kognitiven Fähigkeiten und der Denkvorgänge, wie rationales Denken, Erkennen und logisches Operieren deutlich von dem selbst empfinden, fühlen und steuern getrennt werden.³⁶⁹ Die Unterstützung zum Erhalt dieses Selbst wird als gesellschaftliche Pflicht gesehen.³⁷⁰

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es verschiedene Modellprojekte zur Demenzversorgung und -steuerung.³⁷¹ Die Landesregierung hat seit 2006 sechs niedrigschwellige Betreuungsangebote sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen, insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige nach § 45c SGB XI gefördert. Darüber hinaus fördert sie seit über zehn Jahren den Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, der die sozialpsychiatrischen Hilfen koordiniert. Gerontopsychiatrie gilt dabei als wichtige Schnittstelle zur Altenhilfe. Regionale Entscheidungsträger wurden bei den Modellprojekten eingebunden, um die Kontinuität begonnener Maßnahmen, wie Netzwerkbildung, sicherzustellen. Modellprojekte beinhalten auch den Aufbau und die Etablierung regionaler Steuerungsstrukturen und die Förderung regionaler gerontopsychiatrischer Netzwerke.³⁷²

³⁶⁸ Deutscher Ethikrat 2012, S. 9.

³⁶⁹ Deutscher Ethikrat 2012, S. 48.

³⁷⁰ Deutscher Ethikrat 2012, S. 53: Unter Bezugnahme der ehrenamtlichen und Angehörigenpflege im Folgenden.

³⁷¹ Landtagsdrucksache 6/1820, S. 2

³⁷² Landtagsdrucksache 6/1820, S. 3.

Mit der Erstellung des Geriatrie Planes des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Stand: 24. Juni 2011) wurde eine Arbeitsgrundlage zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Vernetzung der Angebote und deren Qualitätssicherung geschaffen. Diese reicht von der Prävention über die medizinischen geriatrischen Behandlungs- und Versorgungsstrukturen bis hin zur Pflege. Eine landesweit verbindliche Strategie und Maßnahmenplanung für die Demenzversorgung im Land gibt es nicht.³⁷³

C.3.4 Intensivpflege

Die Intensivpflege ist ein Teilbereich der Krankenpflege, der neben der intensivmedizinischen Versorgung steht und regelmäßig auf entsprechenden Stationen oder in der Häuslichkeit zum Einsatz kommt.³⁷⁴ Intensivpflegerisch versorgt werden Patienten, die keine Möglichkeit haben, sich selbst zu helfen und deren Vitalfunktionen ununterbrochen überwacht, unterstützt oder ersetzt werden müssen (zumeist mit viel technischer Unterstützung).³⁷⁵ Diese spezialisierte Versorgung wurde in den Grundlagenexpertisen, den Expertenanhörungen und den Workshops in den Lupenregionen nicht näher erörtert.

C.3.5 Ambulante Pflege

Das von der HGC GesundheitsConsult GmbH vorgestellte Konzept umfasst neben der medizinischen auch die pflegerische Versorgung. Intelligente Rahmenbedingungen sollen dafür sorgen, dass der Mensch ganzheitlich (eigenverantwortlich und selbstbestimmt)³⁷⁶ im Mittelpunkt steht und sich Versorgung und Finanzierung gegenrechnen. Ziel ist die Vernetzung der Leistungen, auch der ambulanten pflegerischen Versorgung, im Rahmen von GGZ. Die regionale Steuerung ist dabei der wesentliche Aspekt. Es handelt sich also um die Entwicklung eines vielschichtigen Netzes mit zielgenauen Kooperationen zwischen professionellen Leistungserbringern (s.o.), niedrigschwelligen Hilfen, Beratung und bürgerschaftlichem Engagement.³⁷⁷ Die „Sorgende Gemeinschaft“, bei der die Koordinationsleistung durch die Kommune erbracht wird, soll als Grundlage eines Versorgungsmixes dienen.

Die in der Grundlagenexpertise vorgeschlagene Vernetzung entspricht aber nicht dem Regionalen Pflegebudget, das von der Bertelsmann Stiftung als Konzept vorgeschlagen wird.³⁷⁸ Darin wird die Pflege als vernetzte Leistung betrachtet und die Finanzierung über ein Budget vorgesehen, das an die Kreise und kreisfreien Städte ausgereicht wird. Diese sichern dann die Pflegeleistungen für den einzelnen Patienten. Das setzt aber eine Pflegeinfrastruktur voraus, die im ländlichen Raum bisher nicht ausreichend aufgebaut ist. Daher ist eine Konvergenzphase vorgesehen (fünf Jahre). Planungs- und Steuerungshoheit obliegt neben Pflegeberatung, Pflege, Care und Case Management, Betreuung, Leistungsbewilligung und

³⁷³ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 2), S. 18.

³⁷⁴ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 2), S. 35: Beiläufige Erwähnung des Themenfeldes

³⁷⁵ Wikipedia: Intensivpflege, URL: <http://de.wikipedia.org/wiki/Intensivpflege> [Stand 02.04.2015].

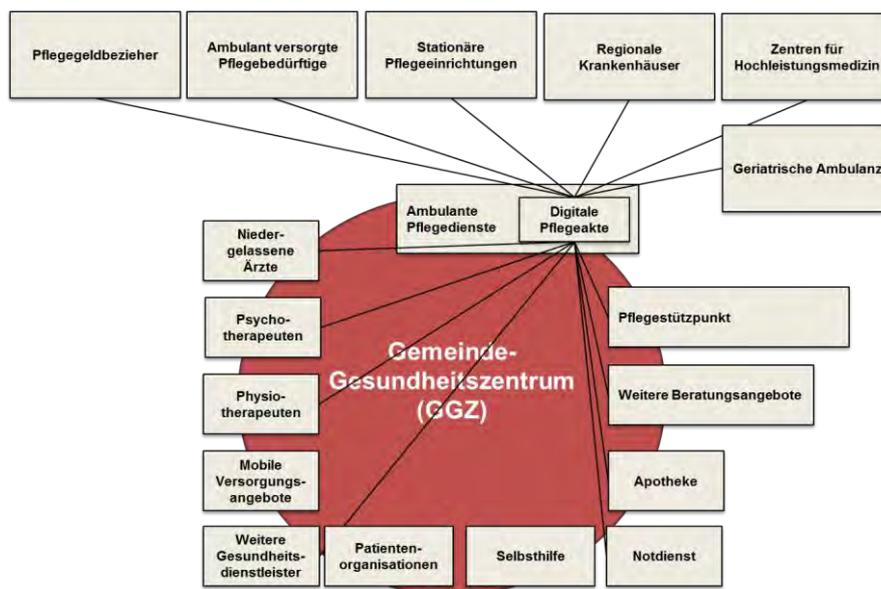
³⁷⁶ Hackmann et al. 2014, S. 8.

³⁷⁷ Hackmann et al. 2014, S. 8.

³⁷⁸ Entkopplung von Kranken- und Pflegekasse, Ermessen der Länder ob es eine oder mehrere Pflegekassen gibt, regionale Verteilung der Mittel durch die Kommunen (Leistungsanbieter und Vermittlung einer Leistung einerseits und Vergütung andererseits liegen in einer Hand).

Abrechnung den Kommunen. Die Leistungserbringer müssen sich über den Wettbewerb und entsprechende Angebote behaupten.³⁷⁹ Es ist zu prüfen, ob ein solches Konzept in strukturschwachen ländlichen Räumen und unter dem Druck der Wirtschaftlichkeit umsetzbar ist. Im Unterschied dazu sehen die Gutachter von HGC GesundheitsConsult GmbH die Aufgabe der Kommunen nicht mit einem Regionalbudget verknüpft und das Care und Case Management bei den ortansässigen Pflegediensten (s.o.). Die Krankenkassen hingegen sehen die Beratung und das Care und Case Management in den eigenen Händen, um ein Regulativ zum Anbieter der Leistung zu erhalten.³⁸⁰

Abb. 47: Das Gemeinde-Gesundheitszentrum (GGZ) in der pflegerischen Versorgung



Quelle: HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 2), S. 34

Die Ausgestaltung einer umfassenden (Pflege-) Beratung erfolgt unterschiedlich. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es derzeit 13 Pflegestützpunkte (in jedem Landkreis mindestens einen). Bei einer umfassenden Beratung stellt sich die Frage, ob diese Anzahl ausreichen kann. Evaluationen dazu wurden in einzelnen Bundesländern (Hessen (2011), Bremen (2012), Baden-Württemberg (2013) und bundesweit (ISO-Institut, Bericht wird Ende 2014 erwartet) durchgeführt.³⁸¹ Rheinland-Pfalz hat seit 2009 ca. 100 Pflegestützpunkte errichtet und sichert damit eine Erreichbarkeit für die Bevölkerung. Das Aufgabenprofil ist genauer zu beschreiben, um Parallelstrukturen zu vermeiden. Die ausgeprägten Unterschiede zwischen Stadt und ländlichem Raum in der Verfügbarkeit medizinischer Versorgung (insbesondere hausärztlicher Versorgung) bestehen in der pflegerischen Versorgungslandschaft Mecklenburg-Vorpommerns nicht. Sowohl stationäre Versorgung, wie auch Tagespflege und Versorgung durch ambulante Pflegedienste sind weitgehend ausgeglichen sichergestellt.³⁸² Um diesen Versorgungsstandard zu halten und gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit der Leistung sicherzustellen, sieht die HGC Grundlagenexpertise die

³⁷⁹ Hackmann et al. 2014, S. 64.

³⁸⁰ Protokoll der 34. Sitzung der Enquete-Kommission vom 27. März 2015, S. 15f, 23, Beitrag Kutzbach.

³⁸¹ Bundesweite Übersicht zu Pflegestützpunkten unter: URL: <http://gesundheits-und-pflegeberatung.de/index.html> [Stand 08.05.2015].

³⁸² Tivig et al. 2012, S. 36.

Vernetzung der ambulanten Pflege mit den GGZ vor. Dadurch wird der Übergang von medizinischer Versorgung zur pflegerischen fließend, Kenntnisverluste und Doppelstrukturen können vermieden werden. Die Koordinationsleistung ist von den Kommunen zu erbringen. Die kommunale Pflegesozialplanung, wie sie heute stattfindet, würde dann in ein ganzheitliches Versorgungskonzept übergeleitet. Die Tätigkeit der ambulanten Pflegedienste würde sich grundlegend nicht verändern. Die Netzwerkaktivität und das Care und Case Management gehen danach auf die ambulanten Leistungserbringer über.

Zurzeit erbringen ambulante Pflegedienste ihre Leistungen vorwiegend in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen. Nahezu alle (97 Prozent) erbringen neben den Leistungen nach SGB XI auch die häusliche Krankenpflege. Fast zwei Drittel der Pflegedienste bieten Leistungen nach SGB XII an. Bundesweit sind ca. 10 Prozent der Pflegedienste an Wohneinrichtungen und 6 Prozent an Pflegeheime angebunden.³⁸³ In ambulanten Pflegediensten sind am Stichtag 15. Dezember 2013 insgesamt 320 077 (in Mecklenburg - Vorpommern 7.436 Personen im Jahr 2011) Personen beschäftigt - davon 85.866 in Vollzeit.³⁸⁴ Dieser Baustein einer ganzheitlichen gesundheitlichen Versorgung ist unter Berücksichtigung aller anfallenden Kosten nicht günstiger als die stationäre Pflege. Insbesondere in den ländlichen Regionen ist die wirtschaftliche Situation der Leistungsanbieter als wirtschaftlich kritisch einzuschätzen.

Der Fachkräftemangel durch den starken Zuwachs älterer Menschen wird im ambulanten Bereich bundesweit auf mindestens 19.000 Pflegekräften geschätzt. Die Prognosen gehen in die Höhe von bis zu 67.000 Pflegekräften.³⁸⁵ Ferner ist ein Anstieg der Teilzeitbeschäftigten in diesem Bereich deutlich zu verzeichnen, der von Vollzeitbeschäftigten hingegen nur in geringem Umfang.³⁸⁶ Festzuhalten bleibt, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen geringer ist als die Anzahl der Pflegenden, denn häufig teilen sich mehrere Personen die Pflege in der Häuslichkeit auf. 36 Prozent aller Pflegebedürftigen werden von einer Hauptpflegeperson gepflegt, 29 Prozent von zwei Hauptpflegepersonen und 27 Prozent werden von drei oder mehr Hauptpflegepersonen gepflegt.³⁸⁷ Diese Daten beruhen auf kleineren Befragungen – repräsentative Erhebungen gibt es nicht.³⁸⁸

Die ambulante Leistungserbringung wird durch die Vernetzung mit stationären Einheiten in GGZ wirtschaftlicher werden können. Zugleich können Autonomie und Selbstbestimmung des Einzelnen durch die Versorgung in Wohngruppen, Wohngemeinschaften und neuen Wohnformen abgesichert werden. Diese Modelle in der eigenen Häuslichkeit sind über die Vernetzung der versorgenden und betreuenden Leistungen ausbaubar und zukunftsfähig.³⁸⁹

³⁸³ Rothgang, Müller und Unger 2013, S. 112.

³⁸⁴ Statistisches Bundesamt: Personal in ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen, URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Tabellen/PersonalPflegeeinrichtungen.html> [Stand 05.05.2015].

³⁸⁵ Augurzky et al. 2013, S. 80.

³⁸⁶ Rothgang, Müller und Unger 2013, S. 114.

³⁸⁷ Rothgang, Müller und Unger 2013, S. 101.

³⁸⁸ Rothgang, Müller und Unger 2013, S. 103 ff.: Es gibt hilfweise Betrachtungen zu Pflegepersonen in den Daten der Deutschen Rentenversicherung und des Sozio-ökonomischen Panels.

³⁸⁹ HGC Grundlagenexpertise 2015 (Teil 1), S. 40: stationäre Kapazitäten könnten zu Gunsten ambulanter Angebote umgebaut werden.

C.3.6 Rolle der Kommunen bei der (ganzheitlichen) integrierten Versorgung

Die Versorgungsprobleme insbesondere im ländlichen Raum können von keinem Akteur des Gesundheitswesens isoliert bewältigt werden. Akteure des Gesundheitswesens im Sinne des Konzepts der Grundlagenexpertise von HGC GesundheitsConsult GmbH sind alle Leistungsanbieter: Ärzte mit breit gefächerten Fachgebieten (ausdrücklich wird die Forderung nach geriatrischer Behandlung in GGZ formuliert), Pflegeberatung, allgemeine soziale (umfassende) Beratung, Pflegestützpunkte, Care und Case Management durch ambulante Pflegedienste, Rehabilitation, koordinierte Notfallversorgung, stationäre Pflege, Physiotherapie (und andere Heilberufe). Daneben sollen auch Angehörige und ehrenamtlich Tätige in eine Koordination und fachliche Begleitung einbezogen werden. Die Gutachter legen nahe, die Kommunen stärker in die Planung und Entwicklung der komplexen Versorgungsstrukturen einzubringen.³⁹⁰ Sie begründen dies mit der Zuständigkeit und Verantwortung für die Daseinsvorsorge vor Ort und der Notwendigkeit, die Handlungsstränge effizienter zu verbinden sowie neue Impulse zu setzen. Vor Ort können Akteure angesprochen und eingebunden werden; dies stärkt die Identifizierung mit den Veränderungen. Die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern sowie der Ärzteschaft³⁹¹ sorgt für Transparenz und motiviert zu weiterem Engagement vor Ort. Die Übernahme solcher Aufgaben ist für Kommunen deshalb neu, weil die medizinische Versorgung bisher weitgehend ohne lokale Bemühungen umgesetzt wurde (Selbstverwaltung: KV, Krankenhaus). Entsprechende Kompetenzen werden damit erst jetzt abgerufen und für die Zukunft strukturiert entwickelt werden müssen. Erst dann können eigene kommunale Handlungsspielräume erkannt und umgesetzt werden.³⁹² Die Handlungsebenen bauen aufeinander auf. Nach einer Analyse der konkreten Situation vor Ort, erfolgt eine spezifische Konzepterstellung und Umsetzung, die dem Vernetzungsgedanken Rechnung trägt.³⁹³

Schon heute besteht für die Kommunen die Möglichkeit, Verträge zur besonderen ambulanten Versorgung nach § 73 a und c SGB V oder zur integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V zu verhandeln und so auszugestalten, dass die örtlichen Gegebenheiten und strukturellen Besonderheiten dieser Region berücksichtigt werden.³⁹⁴ Diese Ansätze gehen deutlich über die traditionelle Form einer Kooperation - wie Gemeinschaftspraxen - hinaus. Der Vernetzungsgedanke ist allerdings noch nicht stark ausgeprägt.

Eine weitere Ressource, die auch schon heute genutzt werden kann, ist die organisierte Zusammenarbeit über die medizinischen Berufe hinweg (s.o.). Von der Nutzung solcher Möglichkeiten wird es abhängen, ob ein zügiger Betriebsformwandel erfolgt. Ein wachsendes, Eigeninteresse (auch der Kommunen) wird die Standortentscheidungen und Leistungsangebote zunehmend befördern, also auch die Frage beantworten, welche Partner für eine Initiative vor Ort gefunden und motiviert werden können. Eine so weitreichende Veränderung in den Versorgungsstrukturen braucht allerdings Zeit.³⁹⁵

³⁹⁰ Faller 2014, S. 54: Faller mahnt an, die Frage zu klären, ob die Landkreise und kreisfreien Städte gemeint sind oder aber die Gemeinden.

³⁹¹ Faller 2014, S. 68: Einbindung der KV bei der Landärztegewinnung.

³⁹² Faller 2014, S.55; vgl. Kommissionsdrucksache 6/042.

³⁹³ Faller 2014, S. 55 ausführlich dazu: „umsetzungsfähige Bausteine einer innovativen, integrierten Gesundheitsversorgung“, s.a. S. 61.

³⁹⁴ Vgl. auch Faller 2014, S. 64. Protokoll der 35. Sitzung der Enquete-Kommission vom 10. April 2015, Präsentation Hildebrandt.

³⁹⁵ Faller 2014, S. 65ff.

Familiärer und nachbarschaftlicher Zusammenhalt prägen die dörflichen Strukturen, doch hat die generationsübergreifende Hilfe Grenzen. Zielführende, alltagstaugliche Konzepte können am besten gemeinsam mit wirtschaftlichen und organisatorischen Akteuren entwickelt und umgesetzt werden. Vor Ort ist man miteinander bekannt und gefühlte Grenzen können über direkten Kontakt überwunden werden. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um professionelle Arbeit oder ehrenamtliche Unterstützungsleistung handelt.

In den Kommunen erfolgt der letzte Schritt der Umsetzung. Sie sind danach das organisatorische Rückgrat, die Plattform die benötigt wird, um alle Schritte sinnvoll hintereinander zu schalten.³⁹⁶ Die fachliche und finanzielle Begleitung dieser Schritte können allerdings nicht allein die Kommunen oder Quartiere gewährleisten. Vielmehr sind auch übergeordnete Ebenen an dem Verantwortungsgeflecht beteiligt. Deshalb muss eine Koordinationsrolle vor Ort aber auch aus Landessicht gewährleistet werden.³⁹⁷ Die Rolle des Landes ist abzugrenzen und zu definieren. Lokale Sonderwünsche dürfen nicht losgelöst von messbaren Versorgungsproblemen und -lösungen betrachtet werden; eine Regieleistung dient also als koordinierendes Korrektiv. Das HGC Grundlagenexpertise schlägt dafür ein Landesamt vor.

C.3.7 Sorgeleistung Dritter/Bürgerschaftliches Engagement

Die Angehörigenpflege in der Häuslichkeit gewinnt in Mecklenburg-Vorpommern an Bedeutung. In Zukunft wird es eine zunehmende Zahl älterer Menschen geben, die nicht auf Solidaritätsleistungen eigener Kinder zurückgreifen kann.³⁹⁸ Es wird eher von einem Anstieg formeller Pflegebedarfe ausgegangen.³⁹⁹ Angehörige verschiedener Generationen leben zwar länger zusammen als früher, aber die Zahl der Angehörigen pro Generation nimmt ab. Die Geburtenhäufigkeit ist damit nicht nur eine gesellschaftspolitische Frage, sondern betrifft auch jeden einzelnen. Durch neue Lebensformen (zum Beispiel Patchworkfamilien) könnten neue Potentiale generationenübergreifender Solidarität entstehen.⁴⁰⁰ Um aber die Entwicklung der Familienpflege genauer bewerten zu können, muss die Anzahl der Pflegepersonen an sich aber auch im Verhältnis zu der Anzahl der Pflegebedürftigen genauer betrachtet und erfasst werden.

Pflegende Angehörige sind nicht nur mit der Betreuung von Eltern oder Großeltern konfrontiert. Die Sorgeleistung kann sich auch auf andere Familienmitglieder beziehen. Darüber hinaus haben viele Menschen Angehörige, die hilfsbedürftig sind, ohne eine Pflegestufe beantragt oder anerkannt bekommen zu haben. Experten gehen davon aus, dass über drei Millionen Menschen in Deutschland im Wesentlichen von Angehörigen unterstützt werden.⁴⁰¹ Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf muss als gesellschaftliche Aufgabe betrachtet werden.⁴⁰² Zur Vereinbarung von Elternschaft und Beruf sind flexible Arbeitszeiten, Telearbeit oder eine familienfreundliche Arbeitsorganisation hilfreich. Meist unvermittelt auftretende Pflegesituationen sind wenig planbar, beispielsweise nach einem

³⁹⁶ Faller 2014, S.107.

³⁹⁷ Faller 2014, S. 54.

³⁹⁸ Dorbritz und Schneider 2013, S. 158.

³⁹⁹ Rothgang und Unger 2013, S. 41.

⁴⁰⁰ Dorbritz und Schneider 2013, S.158.

⁴⁰¹ BMFSFJ und DIHK 2014, S. 6.

⁴⁰² Hohmeyer und Kopf 2015: Zu der Frage, wie Leistungsbezieher (Arbeitslosengeld II) Pflege und Arbeitssuche vereinbaren.

Schlaganfall oder Unfall. Auch ist der Verlauf einer Pflegebedürftigkeit schwer einzuschätzen. Sie kann wenige Wochen oder Monate dauern, sich aber auch über viele Jahre erstrecken und ist in Art und Umfang veränderlich. Entsprechend schwer vorhersehbar ist die Beanspruchung der pflegenden Person. Deshalb sind individuelle, flexible Lösungen gefragt, die sich an spontan veränderte Rahmenbedingungen wie einen erhöhten Pflegebedarf anpassen lassen.⁴⁰³

Dem Thema einen gewissen Stellenwert zu zuweisen und Tabuisierungen zu überwinden, ist für die pflegenden Angehörigen aber auch für die Arbeitswelt wichtig. Zurzeit ist jeder zehnte Beschäftigte dieser organisatorischen und menschlichen Belastung ausgesetzt. Besonders betroffen sind davon Frauen. Die Hälfte dieser Beschäftigten reduziert die Arbeitszeit um fünf bis zehn Arbeitswochenstunden. Knapp 20 Prozent geben ihre Erwerbstätigkeit ganz auf.⁴⁰⁴ Ein qualifizierter Wiedereinstieg in eine existenzsichernde Beschäftigung ist nach durchschnittlich acht Jahren nicht selbstverständlich. Die Kampagne „arbeiten – leben – pflegen“ ist eine Initiative des Netzwerkes W(iedereinstieg) Ennepe-Ruhr,⁴⁰⁵ die Arbeitgeber und Erwerbstätige zugleich öffentlichkeitswirksam angesprochen hat und die neuen Aufgaben für den einzelnen wie auch für Arbeitgeber⁴⁰⁶ und Pflegeberatung, Pflegedienstleister sowie Quartier aufgezeigt hat.⁴⁰⁷

Bürgerschaftliches Engagement spielt besonders im dörflichen Leben eine große Rolle und verdient unbürokratische Unterstützung.⁴⁰⁸ Da der Eintritt in das Rentenalter in der Regel nicht zeitgleich mit Hilfsabhängigkeit, Verletzlichkeit und Krankheit einhergeht, kann sich ein großes Potenzial für bürgerschaftliche Eigenverantwortung und Engagement eröffnen. Dabei geht es nicht allein um eine leistungsrechtliche Sicht, sondern insbesondere um persönliche Selbstbestimmung in einem sozialen Umfeld. Das setzt Verantwortung für sich selbst oder aber auch für andere voraus. Die Lösungen vor Ort sind von den Personen und räumlichen Gegebenheiten abhängig.⁴⁰⁹ Bürgerschaftliches Engagement findet zum großen Teil in einem außerfamiliären Beziehungsgeflecht statt.⁴¹⁰

Ein Angebot, das in Mecklenburg-Vorpommern vorgehalten wird und das solche Beziehungsgeflechte unterstützen kann, sind in Struktur und Inhalten unterschiedlich ausgestaltete Mehrgenerationenhäuser (MGH). Dort soll der Austausch von Jung und Alt stattfinden, sodass ein generationsübergreifender Zusammenhalt wachsen kann. 85 Prozent

⁴⁰³ BMFSFJ und DIHK 2014, S. 10f.

⁴⁰⁴ Pietrzyk, U. 2013: „Pflege Angehöriger kann teilweise zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses führen“, URL: http://issuu.com/regio-leipzig/docs/regio_4_2013_rz_gesamt_klein/63 [Stand 31.03.2015]; BMFSFJ und DIHK 2014, S. 8.

⁴⁰⁵ Protokoll der 36. Sitzung der Enquete-Kommission vom 29. Mai 2015, Präsentation Beermann; s.a. URL: <http://www.arbeiten-pflegen-leben.de/index.php?id=2> [Stand 03.06.2015]

⁴⁰⁶ Vgl. BMFSFJ und DIHK 2014, S. 7: „Eine Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach zeigt, dass bereits beinahe jedes zweite Unternehmen (44 Prozent) wissentlich Erfahrung mit Beschäftigten hat, die sich um Angehörige kümmern, bei großen Unternehmen mit mehr als 500 Beschäftigten sind es sogar zwei Drittel der Unternehmen (66 Prozent). Gegenwärtig ist nach eigener Aussage rund jedes vierte Unternehmen (25 Prozent) betroffen, weitere 19 Prozent waren es in den letzten fünf Jahren.“

⁴⁰⁷ Vgl. dazu Interview in G.I.B. INFO 2 - 14, S. 58 „Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege gehört als Daueraufgabe auf die politische Agenda“; Projekt der TU Dresden mit UV Sachsen Projektentwicklungs- und Verwaltungsgesellschaft mbH „Gesund und leistungsfähig - Vereinbarkeit von Beruf und Pflege“ (2013).

⁴⁰⁸ Vgl. Protokoll der 19. Sitzung der Enquete-Kommission vom 7. März 2014, S. 16, Beitrag Blankenburg.

⁴⁰⁹ Faller 2014, S. 105: Quartier und Quartierskonzepte, die vorrangig im urbanen Umfeld gewachsen sind.

⁴¹⁰ Tivig et al. 2012, S. 19.

der Menschen, die sich an MGHn beteiligen, ziehen einen persönlichen Nutzen aus den Kontakten dort. Sie geben an, neue Dinge gelernt und dabei ihren Horizont erweitert zu haben.⁴¹¹ Am laufenden Aktionsprogramm sind bundesweit 450 MGH beteiligt; in Mecklenburg - Vorpommern sind es 19 Häuser. Ein ähnliches Angebot sind Familienzentren, die parallel zu MGHn aufgebaut wurden. Auch dies sind Begegnungsstätten, die allen Familienmitgliedern - Frauen und Männern sowie Kindern und Senioren - offen stehen. Es gibt 12 multifunktionale Familienzentren, also Anlaufstellen für Menschen jeden Alters.

Die HGC Grundlagenexpertise betont das allgemeine Interesse an einem Anstieg von Unterstützungsleistungen für professionelle Pflege und definiert diese als Übernahme bestimmter begleitender Aufgaben (Aufgabe für das Gemeinwohl und zur Entlastung des Staates).⁴¹² Wegen der niedrigen Renten ist diese nicht-staatliche, tatsächliche Entlastungsleistung auch in finanzieller Hinsicht für alle Akteure von großem Interesse. Die bereits geschaffenen Netzwerke können dabei viele Möglichkeiten und Ansätze für gegenseitige Information und Hilfe bieten. Die meisten guten Ideen werden vor Ort entwickelt und sind deshalb auf die konkreten Bedarfe zugeschnitten.⁴¹³ Kommunikation und Koordination durch die Kommunen (GGZ) sind dabei unentbehrlich. Ältere Menschen engagieren sich bevorzugt für ihre eigene Zielgruppe und für Kinder und Jugendliche.⁴¹⁴ Die Gutachter sehen an dieser Stelle eine Professionalisierung, eine Begleitung vor. Pflegebetreuung durch bürgerschaftlich Engagierte kann nach ihrer Auffassung eine größere Rolle einnehmen, wenn eine angemessene Aufwandsentschädigung vorgesehen wird und keine finanziellen Lasten bei den Engagierten verbleiben. Auch eine Vereinfachung der Beantragung und des Nachweises bei den finanziellen Unterstützungsleistungen und Förderungen des Landes sollte geprüft werden, um sorgende Menschen zu motivieren. So kann sich die informelle Nachbarschaftshilfe zur stärker organisierten Hilfe auf Quartiers- oder Dorfebene entwickeln. Die organisatorische Zuordnung an GGZ entspricht dem Anspruch der vernetzten, ganzheitlichen Versorgung der älteren Menschen.

Eine besondere Form der vorhandenen und erforderlichen Sorgeleistungen ist die Selbsthilfe. Die gemeinschaftliche Selbsthilfe bringt Menschen freiwillig und mit gleicher Problembetroffenheit abseits von bestehenden Beziehungen (Familie u.a.) zusammen und basiert auf Gegenseitigkeit. Ziel ist, durch niedrigschwelligen Austausch von Erfahrungen, Wertschätzung und Verantwortung füreinander zu entwickeln. Rund zwei Drittel der Selbsthilfegruppen haben ihre thematischen Schwerpunkte im Bereich Krankheit, Gesundheit und Behinderung. Selbsthilfe ist keine Alternative für medizinische Versorgung und Therapien, sondern eine Ergänzung, die Isolation reduzieren kann. In Mecklenburg - Vorpommern gibt es derzeit über 700 Selbsthilfegruppen, die eine große Bandbreite abdecken. Für die Selbsthilfe gibt es professionelle Unterstützungsstrukturen, die mit Beratungen, Öffentlichkeitsarbeit und dem Bereitstellen von Räumlichkeiten zur Seite stehen. Die Selbsthilfe ist durch die Landesverbände chronisch Kranker und behinderter Menschen und deren Angehörigen in der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen M-V e. V. organisiert (Landesverband MS, Rheumaliga und andere). Die indikations- und themenübergreifende Selbsthilfe wird durch acht Kontaktstellen, die sich in der LAG der Selbsthilfekontaktstellen zusammengeschlossen haben, organisiert. Als erste Anlaufstellen

⁴¹¹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Mehrgenerationenhäuser, URL: <http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/mehrgenerationenhaeuser> [Stand 31.03.2015].

⁴¹² Vgl. Faller 2014, S. 109.

⁴¹³ Protokoll der 19. Sitzung der Enquete-Kommission vom 7. März 2014, S. 20, Beitrag Dehne.

⁴¹⁴ Tivig et al. 2012, S. 21.

unterstützen die Kontaktstellen fachlich und organisatorisch, um Selbsthilfe möglichst ortsnah umzusetzen und zu vernetzen (untereinander aber auch mit Ärzten, Beratungsstellen, Ämtern u.a.).

C.4 Handlungsempfehlungen zu „Alter und Gesundheit/Pflege“

Der demografische Wandel bringt für das Gesundheitssystem verschiedene Herausforderungen mit sich. Aufgrund der wachsenden Zahl älterer Menschen muss sich die Gesellschaft darauf einstellen, dass zukünftig ein höherer Bevölkerungsanteil krank oder pflegebedürftig sein wird. Außerdem nimmt die Stärke der jüngeren Kohorten und damit die Zahl der potenziellen Fachkräfte, pflegenden Familienangehörigen und bürgerschaftlich Engagierten ab. Derzeit finden viele junge Menschen nur in den Zentren einen Arbeitsplatz, sodass sich der Anteil älterer Menschen im peripheren ländlichen Raum gegenüber den urbanen Räumen signifikant erhöht. Die sinkende Bevölkerungszahl sorgt gleichzeitig für sinkende Einnahmen. Deshalb müssen die vorhandenen Finanzmittel sorgsam eingesetzt werden.

Gleichzeitig muss das Handeln aller Ebenen darauf gerichtet sein, dass Selbstbestimmung, Souveränität und Teilhabe ermöglicht und gestärkt werden. In den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung muss deshalb der schon begonnene Kulturwandel fortgesetzt werden. Um dem Wunsch der meisten Patienten zu entsprechen und die Kosten im Gesundheitssystem zu kontrollieren, müssen die Krankenbehandlung und die häusliche Kranken- und Altenpflege, entsprechend dem Grundsatz „ambulant vor stationär“, gestärkt werden. Dies kann unter anderem durch ein systematisches Case Management gelingen. Eine Voraussetzung hierfür ist die Weiterentwicklung der bisherigen Pflegestützpunkte. Modellprojekte sowie erprobte Versorgungskonzepte sollen kontinuierlich fortgesetzt und ihre Übertragbarkeit geprüft werden.

Prävention und eigenverantwortliche Gesundheitsvorsorge müssen einen deutlich höheren Stellenwert erhalten. Sie sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Der Grundsatz „Prävention vor Kuration und Pflege“ soll bis ins hohe Alter greifen und sich in konzeptioneller Hinsicht und auch in der Förderpolitik des Landes niederschlagen. Gemeinsam mit den relevanten Partnern sind Seniorengesundheitsziele zu formulieren und durch einen entsprechenden Maßnahmenplan zu untersetzen.

Es muss im Gesundheitswesen stärker um die Gesunderhaltung – die Salutogenese – gehen und nicht nur um die Behandlung von Krankheiten. Perspektivisches Ziel ist daher eine populationsbezogene integrierte sektorenübergreifende Versorgung auf Basis von Regionalbudgets (Budgets in einem Raum für eine bestimmte Population, vgl.: SGB V §(140) und ergebnisorientierter Vergütung (pay for performance). Dazu müssen vorhandene Leistungs-, Qualitäts- und Versorgungsdaten konsequenter aufbereitet werden. Dem stehen derzeit bundesrechtliche Hindernisse im Wege. Die derzeitige, sektoral ausgerichtete Bedarfs- und Angebotsplanung für ambulante und stationäre Leistungen muss in diesem Zusammenhang in eine integrierte Versorgungsplanung überführt werden, die regional und morbiditätsorientiert ist. Hierfür bedarf es nicht zuletzt der freiwilligen Bereitschaft der beteiligten Akteure. Dem Land Mecklenburg-Vorpommern kommt im Rahmen dieses Prozesses die Koordination und Kontrolle zu.

Spezialisierungen sowie neue Kooperationsmodelle im Bereich der stationären Versorgung bieten Chancen, den demografischen Wandel erfolgreich zu begleiten. Um die Grund-, Regel- und Notfallversorgung flächendeckend zu erhalten oder wieder herzustellen, bedarf es einer ausreichenden Anzahl von Versorgungsankern, an denen die Integration verschiedener

Sektoren der Gesundheitsversorgung z. B. stationäre und ambulante oder medizinische und pflegerische Versorgung stattfindet.

Die Verwirklichung der „Sorgenden Gemeinschaften“ und die Sicherstellung des sich daraus ergebenden neuen Versorgungsmixes ist im Sinne eines Care Managements unter Federführung der Kommunen bzw. der Landkreise umzusetzen. Dazu gehört die systematische Öffnung für bürgerschaftliches Engagement in der Versorgung sowie die hauptamtliche, qualifizierende und finanzielle Unterstützung von bürgerschaftlich getragenen Formen der Selbsthilfe vor Ort. Dieses Vorhaben sollte als Pilotprojekt in einer Region erprobt, wissenschaftlich begleitet und dann sorgfältig ausgewertet werden.

Planungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung müssen zukünftig konsequent an den regionalen Bedarfen orientiert sein. Um die Versorgung der Älteren zu gewährleisten, muss zudem auch über die Grenzen des Gesundheitssystems hinaus geplant werden. Um eine angemessene Gesundheits- und Pflegeversorgung gerade in ländlichen Räumen gewährleisten zu können, sind Mobilitätskonzepte zu entwickeln, die eine Erreichbarkeit der relevanten Angebote in einem zumutbaren Rahmen sichern. Auf Ebene der Landkreise müssen deshalb die Akteure der Gesundheitsversorgung, die kommunalen Verwaltungen und ihre Zusammenschlüsse, die entsprechenden Akteure der ortsansässigen Wirtschaft sowie bürgerschaftlich Engagierte integrierte Konzepte der Gesundheitsversorgung entwickeln, die in eine Landes- und Regionalplanung einfließen. Angesichts des drohenden Fachkräftemangels, vor allem im ländlichen Raum, müssen alle Möglichkeiten der Gewinnung von Fachkräften genutzt, die vorhandenen Fachkräfte müssen effizient eingesetzt und die berufliche Attraktivität von Versorgung in der Fläche muss gesteigert werden.

Einen zunehmenden Stellenwert hat die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Um den Herausforderungen gerecht zu werden, bedarf es eines breit gefächerten und interdisziplinären Maßnahmenbündels. Dies reicht von der Anerkennung im Ausland erworbener Berufsabschlüsse - auf Basis geltender Qualitätsstandards - über die Erarbeitung von Leitfäden zum Umgang mit kulturell und religiös bedingten Verhaltensweisen zwischen Patienten und Ärzten bis zu der Versorgung traumatisierter Menschen. Ausreichende Kenntnisse der deutschen Alltags- und medizinischen Fachsprache sind unumgänglich. Entsprechende Befähigungen sind durch das Land zu fordern und zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang wird auch die Einführung einer Gesundheitskarte für Migrantinnen und Migranten (entsprechend Asylbewerberleistungsgesetz) dringend empfohlen. Die Enquete-Kommission wird sich im kommenden Jahr mit der veränderten Situation durch die gestiegenen Flüchtlingszahlen beschäftigen.

In der Gesundheitsversorgung müssen Barrieren abgebaut werden. Die in diesem Zusammenhang formulierten Vorhaben des Maßnahmenplans der Landesregierung zur Umsetzung des UN-Behindertenrechts sind regelmäßig - unter Einbeziehung der Organisationen behinderter Menschen als legitimierte Interessenvertretungen - auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen und fortzuschreiben. Ein möglichst barrierearmer Zugang ist Voraussetzung für eine diskriminierungsfreie, ambulante Gesundheitsversorgung. Dies gilt für bauliche, kommunikative und informative Barrierefreiheit. Sie ist auszubauen. Maßnahmen und Projekte von Ärzteschaft und Patientenvertretungen sind zu fördern und zu unterstützen.

C.4.1 Medizinische Versorgung

Fachkräftesicherung im ärztlichen Bereich

- Aufgrund veränderter Anforderungen an die medizinische Versorgung ergeben sich für die Landesregierung und ihre öffentlichen Hochschulen Konsequenzen für die Schwerpunktsetzung im Medizinstudium, die sich auch in der Einrichtung von Lehrstühlen, der Berufung von Lehrpersonal und veränderten Curricula widerspiegeln müssen. Gestärkt werden müssen vor allem Allgemeinmedizin und Geriatrie.
- Fächerübergreifend müssen die Curricula angepasst werden, um veränderten Arbeitsbedingungen und dem Umgang mit besonderen Patientengruppen Rechnung zu tragen. Insbesondere die folgenden Inhalte sind zu vertiefen:
 - Vermeidung von Polypharmazie
 - Kooperation und gemeinsames Lernen mit anderen Gesundheitsberufen
 - Gender- und geschlechtersensible Ausbildungsinhalte
 - Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit Behinderungen
 - Kultursensible Behandlung
 - Demenz
 - Palliativmedizin
 - Bekämpfung multiresistenter Erreger
- Die Landesregierung wirkt darauf hin, dass mehr Studierende der Medizin aufgenommen und im Studium gezielt gefördert werden, die sich für eine spätere Tätigkeit in ländlichen bzw. von Unterversorgung bedrohten Gebieten interessieren. Die Abiturnote eignet sich deshalb nicht als alleiniges Auswahlkriterium bei der Studienplatzvergabe. Zu prüfen ist bei gleicher Eignung die bevorzugte Zulassung von Landeskindern oder Studierenden, die einen wesentlichen Teil ihrer Kindheit und Jugend selbst im ländlichen Raum verbracht haben.
- In den praktischen Teilen der Ausbildung zum Mediziner muss ein breiterer Kreis von Studierenden die Möglichkeit haben, das Arbeitsfeld Primärversorgung kennen zu lernen. Es sollte u.a. darauf hingewirkt werden, dass das praktische Jahr in Mecklenburg-Vorpommern zeitweise auch bei einem niedergelassenen Arzt in der Fläche absolviert werden kann. Dafür sind die Rahmenbedingungen entsprechend auszugestalten.
- Die Ärztekammer trägt in Zusammenarbeit mit den Universitäten und den ausbildenden Kliniken und Praxen durch strukturierte, nahtlose und verlässliche Rotationen zwischen den einzelnen Weiterbildungsabschnitten dafür Sorge, dass die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin organisatorisch vereinfacht wird. Eine Schlechterstellung von Ärzten in Weiterbildung zum Allgemeinmediziner soll vermieden werden.
- Die Weiterbildungsordnung in Mecklenburg-Vorpommern soll darüber hinaus so geändert werden, dass die fachärztliche Weiterbildung in ambulanten Arztpraxen attraktiver gestaltet wird.
- Eine der Voraussetzungen für eine nachhaltige, flächendeckende, ambulante medizinische Versorgung, speziell im ländlichen Raum ist die bedarfsgerechte Verteilung medizinischer Berufe in der Fläche und die Erhöhung der Attraktivität medizinischer Berufe. Bisherige Anreizsysteme sind zu überprüfen (insbesondere finanzielle Anreize) und gegebenenfalls durch bedarfsgerechte und bedürfnisorientierte Modelle zu ersetzen. Dazu sind die notwendigen Rahmenbedingungen, wie z.B. eine familiengerechte, funktionierende kulturelle und

soziale Infrastruktur sowie eine moderne Bildungslandschaft unabdingbare Voraussetzungen. Im Einzelnen heißt das:

- Möglichkeiten zur Anstellung von Ärzten unter familienfreundlichen Arbeitsbedingungen in der ambulanten Versorgung müssen befördert werden.
- Zur Familienfreundlichkeit trägt die Schaffung von wohnortnahen Angeboten der Kinderbetreuung, die Flexibilisierung der Arbeitszeit oder Wiedereinstiegsprogramme nach Erziehungs- oder Pflegepause bei.
- Neue attraktivere Arbeitszeiten, -inhalte und -hierarchien sind in der Grundversorgung durch engere Zusammenarbeit in multiprofessionellen und interdisziplinären Teams sowie durch Substitution und Delegation zu schaffen.
- Die Kommunen sollten durch Maßnahmen wie Organisation oder Subventionierung von Praxisräumen oder Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche für Partner ein attraktives Umfeld zur Ansiedlung von zuzugswilligen Ärzten schaffen.
- Empfohlen wird auch die regelmäßige Durchführung einer interdisziplinären und sektorenübergreifenden Konferenz. Sie kann einen Beitrag zur Stärkung der sozialen Kompetenz durch persönlichen Austausch und Begegnung leisten, einen Überblick zu den aktuellen Entwicklungen und Problemlagen verschaffen sowie ggf. Lösungsansätze ermöglichen.
- Die Landesregierung richtet ihr vorhandenes Standortmarketing in Zusammenarbeit mit der Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und der Ärztekammer auch auf die Rekrutierung von Arbeitnehmern insbesondere im medizinischen Bereich aus.
- Die Kassenärztliche Vereinigung passt ihre Bedarfsplanung so an, dass die Unterversorgung im ländlichen Bereich vermieden wird. Dafür sind die Bedarfe zu evaluieren und der Landarztzuschlag zu verstetigen. Dieser wird aus Abgaben, die die KV in überversorgten Gebieten erhebt, finanziert.

Kleine Krankenhäuser als Versorgungsanker in der Fläche

Die Auswirkungen der Bundesgesetzgebung sowie die demographische Situation im Land machen eine inhaltliche (z. B. Spezialisierung) und strukturelle (z. B. zunehmende Vernetzung mit Angeboten der ambulanten Versorgung) Veränderung der Versorgungslandschaft notwendig. Auch zukünftig muss es ein Netz der stationären Grund-, Regel- und Maximalversorgung geben, in dem im Interesse der Patienten eng zusammengearbeitet wird.

Konkret gibt die Enquete-Kommission dafür folgende Handlungsempfehlungen:

- Die Krankenhausträger, die weiteren Partner der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und die Landesregierung müssen eine Rollenveränderung gestalten, ohne dass sich die medizinische Versorgung verschlechtert. Die Krankenhausplanung ist zukünftig unter Berücksichtigung dieses Anspruchs aufzustellen.
- Durch Sicherung von Versorgungsankern an den gegenwärtigen Krankenhausstandorten, in denen ambulante und stationäre Versorgung stärker und sektorenübergreifend vernetzt wird, kann Versorgung umfassend gesichert werden. Gleichzeitig hält man Personal und die Ausstattung etc. von Krankenhäusern in der Region. Durch zusätzliche Standorte von Lokalen Gesundheitszentren (LGZ) verkürzen sich Wege, d.h. die Erreichbarkeit wird verbessert.

- Der sinnvolle Erhalt von kleinen Krankenhäusern ist sicherzustellen. Aber auch deren Weiterentwicklung zu LGZ muss durch das Land nachhaltig gefördert werden. Diese sichern eine integrierte ambulante und stationäre, pflegerisch medizinische Grund- und Notfallversorgung ab.
- Das LGZ ist weiter offen ergänzbar durch niedergelassene und angestellte Fachärzte, Hebammen, Pflegedienste, Dialysezentren, Apotheken, Optiker, Hörgerätespezialisten sowie orthopädische Fachgeschäfte und diverse therapeutische Praxen. Auch Angebote der Kurzzeit- oder Langzeitpflege, eine geriatrische Tagesklinik sowie regelmäßige mobile Betreuungsangebote sind in der Region nach Bedarf vorzusehen.
- Ein entsprechendes Modellprojekt „LGZ als Versorgungsanker in der Fläche“ soll in ausgewählten, vorzugsweise bereits unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen unter Beteiligung von Land, Landkreisen, Kommunen, Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkassen und Anbietern verwirklicht werden. Die Förderung kann durch den Innovationsfonds erfolgen, der durch GKV- (gesetzliche Krankenversicherung) und PKV-Mittel (private Krankenversicherung) gespeist wird bzw. auf Darlehensbasis finanziert wird.
- Auch schon vor der Einrichtung von LGZ müssen ambulanter und stationärer Sektor ihre Zusammenarbeit intensivieren, um Drehtüreffekte zu vermeiden. Die an den Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern praktizierte Öffnung für die ambulante Versorgung ist zu verstärken. Dafür muss auf Bundesebene eine weitere Öffnung der Kliniken für die Erbringung ambulanter Leistungen (z.B. über eine Änderung im SGB V, § 116) und eine auskömmliche Vergütung derselben gewährleistet werden. Hierunter sind auch ambulante Notfallbehandlungen zu fassen.
- Gesetzgeberische Ansätze zum Abbau von Über- oder Unterversorgung bzw. fachgruppenspezifischer Ungleichverteilung im Krankensektor sowie zum Aufbau von populationsbezogenen und multiprofessionellen Organisations- und Kooperationsformen sind durch die Landesregierung im Dialog mit der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern den Gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung konsequenter als bisher zu verfolgen.
- In der Krankenhausplanung hat das Land Mindestreichbarkeitskriterien – vorzugsweise eher an Wegezeiten als an Entfernungen orientiert – zu erstellen, die den Kreis jener Krankenhäuser definieren, die in den jeweiligen Regionen für die Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar sind und die daher für einen Sicherstellungszuschlag in Betracht kommen. Die Landesregierung muss auf Bundesebene die im aktuellen Koalitionsvertrag in Aussicht gestellte, gesetzliche Neufassung von Möglichkeiten zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen ebenso dringlich einfordern wie eine Festlegung der entsprechenden Kriterien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).
- Fragen der Krankenhaushygiene nehmen an Bedeutung zu. Ausgehend von einer Strategie zur Bekämpfung und Vermeidung multiresistenter Krankheitserreger unterstützt die Landesregierung Maßnahmen der einzelnen stationären Einrichtungen. Langfristig ist darauf hinzuwirken, dass an allen Krankenhausstandorten Fachpersonal mit mikrobiologischen Spezialkenntnissen tätig ist. Kurzfristig ist dafür Sorge zu tragen, dass an jedem Standort qualifizierte Verantwortliche für Krankenhaushygiene aktiv sind. Dies ist im Rahmen der Aus- und Weiterbildung sicherzustellen.
- Zukünftige Investitionen in Krankenhäuser müssen vor dem Hintergrund der oben skizzierten Veränderungen auf Nachhaltigkeit geprüft werden, die dafür nötigen

Hilfsmittel sind in der notwendigen Höhe und unter Berücksichtigung haushalterischer Aspekte zur Verfügung zu stellen.

- Für den Fall, dass einzelne private oder frei gemeinnützige Träger ihren Versorgungsauftrag abgeben wollen, ist auch vor dem Hintergrund kommunaler Haushalte zu prüfen, ob es eine Möglichkeit der Rekommunalisierung des jeweiligen Krankenhauses gibt. Fällt die Prüfung positiv aus, unterstützt die Landespolitik diese Rekommunalisierung.
- Die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags muss den Kommunen oder möglichen Gemeindeverbänden, gerade in Zusammenhang mit der vorgeschlagenen Weiterentwicklung von Krankenhäusern zu Lokalen Gesundheitszentren, durch das Land ermöglicht werden und zwar mit einem angemessenen bürokratischen Aufwand. Gegebenenfalls dürfen bei der Umwidmung von Krankenhäusern keine Fördermittelrückforderungen gestellt werden.
- Das Krankenhausgesetz des Landes schreibt vor, dass die Selbsthilfe beim Qualitätsmanagement zu berücksichtigen ist. Angesichts der vorherrschenden Situation ist einer Umsetzung dieser Bestimmung besonderes Gewicht zu verleihen.

Harmonisierung der Notfallversorgung

- Notfallpatienten müssen in korrekte Versorgungspfade geführt werden: Die Erstversorgung von eintreffenden Notfällen findet im jeweiligen Versorgungsanker statt, hier wird die Entscheidung über eine ambulante oder stationäre Behandlung (oder Einweisung in einen Maximalversorger getroffen). Dazu ist es zielführend, wenn der ärztliche Bereitschaftsdienst der KV am Versorgungsanker stattfindet und die Erreichbarkeit von Notfallrettung, Rettungsambulanzen und kassenärztlichem Notdienst über eine einheitliche Rufnummer hergestellt wird.
- Die Kassenärztliche Vereinigung trägt darüber hinaus beispielsweise durch bessere Vergütung oder Gebietsneustrukturierungen dafür Sorge, dass sich die Attraktivität der Teilnahme an der Notfallmedizin erhöht.
- Es ist für eine angemessene Struktur der Leitstellen zu sorgen und auf bessere Vernetzung hinzuwirken. Dafür sollten Landkreise u.a. bei Neuanschaffung und Ausstattung von Software die Kompatibilität berücksichtigen. Eine gleiche Ausstattung der Leitstellen ist anzustreben.
- Die Landesregierung soll im Rahmen ihrer Zuständigkeit dafür Sorge tragen, dass es landesweit einheitliche Standards der Qualifizierung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Leitstellen gibt. Den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit kognitiven Einschränkungen, Sinnesbehinderung bzw. fehlender Kenntnis der deutschen Sprache ist Rechnung zu tragen.

Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung

- Die KV sowie die Krankenkassen sollen mit Unterstützung des Landes die Entwicklung von ärztlichen Verbundsystemen und Netzwerken flächendeckend vorantreiben, die interdisziplinär und sektorenübergreifend, z. B. im Rahmen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Praxisgemeinschaften, Tandempraxen oder Ärztehäusern, ein adäquates Versorgungsangebot gerade auch in ländlich peripheren Räumen anbieten können. Ärzte können so gemeinsame Ressourcen nutzen und Patienten profitieren durch kurze abgestimmte Behandlungswege. Die MVZ

können jungen Ärztinnen und Ärzten familienfreundliche Möglichkeiten der Anstellung bieten.

- Die Möglichkeit, MVZ zu gründen, soll, sofern nicht LGZ bereits vorhanden sind, auf Ärztenetze und Gesundheitsverbände, Kommunen und Patientenorganisationen ausgeweitet werden. Bei den möglichen Rechtsformen sind durch Bund und Land zusätzlich eingetragene Genossenschaften zu ermöglichen bzw. etwaige Behinderungen möglicher Kooperation verschiedener Rechtsformen zu prüfen. Eine Leitung durch andere Gesundheitsberufe wie beispielsweise durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder qualifizierte Pflegekräfte soll ebenfalls ermöglicht werden. Ein MVZ soll künftig auch dann zugelassen werden können, wenn die beteiligten Ärztinnen und Ärzte nicht alle am selben Standort tätig sind. Dies soll auch mobile bzw. dezentrale Versorgungslösungen unter dem Dach des MVZ ermöglichen.
- Um die aufsuchende ambulante medizinische Versorgung in der Fläche zu gewährleisten, müssen die dort tätigen Fachkräfte alle Leistungen erbringen dürfen, zu denen sie qualifiziert und befähigt sind. Die Delegation und Substitution von ärztlichen Leistungen an andere medizinische Fachberufe ist zu fördern und rechtssicher zu gestalten. Auch der Einsatz von medizinischen Assistenzkräften, wie z.B. VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) und NäPa (Nicht-ärztliche Praxisassistentin), ist auszuweiten. Ein begrenztes hausärztliches Dispensierrecht zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung in Bereitschaftsdienstzeiten ist zu prüfen.
- Die Landesregierung wird aufgefordert, sich auf Bundesebene und im Dialog mit dem G-BA für ein Honorarsystem einzusetzen, das die besonderen Leistungen der Primärversorgung abbildet (Team-, Präventions-, Koordinations-, Kooperations- und Managementleistungen). In einem solchen Vergütungssystem muss auch der besondere Behandlungs- und Begleitaufwand von Menschen mit körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen besser als bisher berücksichtigt werden.

Geriatrische Versorgung

- Auch die geriatrische Versorgung muss integrierend gestaltet werden. Die Gewährleistung bzw. der Aufbau einer vernetzten integrierten bedarfsgerechten Versorgung ist durch die gemeinsame Selbstverwaltung zu gewährleisten. Eine ambulante geriatrische Komplexbehandlung soll zukünftig flächendeckend, bedarfsgerecht und wohnortnah angeboten werden.
- Die geriatrische Versorgung muss sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich besser ausgestaltet werden. Hierbei kann im stationären Bereich eine Anpassung der Bewertungsdimensionen im DRG-System (diagnosebezogene Fallgruppen) bzw. im ambulanten Bereich des entsprechenden Punktesystems (EBM - einheitlicher Bewertungsmaßstab) zuträglich sein. Hierfür muss sich das Land gegenüber dem Bund einsetzen. Ziel sind spezielle Anreizsysteme und eine Aufwertung der geriatrischen Berufe. Die vom Bund angedachte Vergütung kann ein erster Schritt in ein insgesamt angepasstes Finanzierungssystem (PEPP - Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) für den Bereich Geriatrie sein.
- Die geriatrische Versorgung darf sich nicht auf medizinische und pflegerische Aspekte beschränken, sondern muss zugleich Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen.

- Die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie ist, insbesondere für die Hausärzte in Mecklenburg-Vorpommern, zu fördern.

Psychiatrische Versorgung und Demenz

- Die gemeinsame Selbstverwaltung organisiert eine angemessene psychotherapeutische und gerontopsychiatrische Versorgung.
- Institutsambulanzen sollen einen wichtigen Beitrag zur Koordinierung der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung leisten.
- Die Rahmenbedingungen für psychiatrische Krankenpflege und Soziotherapie sind so zu gestalten, dass ein angemessenes Netz entsteht.
- Die Behandlung und Pflege muss in gemeindepsychiatrischen Verbänden von aufsuchenden psychiatrischen Diensten und altersmedizinischen Zentren auf ambulanter und stationärer Ebene mit einer Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen unter Federführung der Kommunen erfolgen. Der Landespsychiatriebeirat hat dabei eine wesentliche Koordinierungsfunktion.
- Regionale Netzwerke sollen eine landesweite Strategie und Maßnahmenplanung für die flächendeckende, sektorübergreifende Demenzversorgung umsetzen.
- Im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung sollten Landkreise und Kommunen bzw. Ämter Care Managementstrukturen für den Bereich Demenz aufbauen und für eine Vernetzung und Koordination der verschiedenen Angebote sorgen. So können zusätzliche Bedarfe in der Versorgung Demenzkranker erkannt und in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Netzwerkpartnern (Wohlfahrtsträger, Ärzte, Pflegedienste, niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote etc.) bedient werden.
- Niedrigschwellige Betreuungsangebote (Betreuung in der Häuslichkeit, Betreuungsgruppen etc.) für Demenzkranke und ihre pflegenden Angehörigen sollten landesweit gefördert und unterstützt werden. Dafür ist es erforderlich, dass die Ausbildung von bürgerschaftlich Engagierten/Helfenden für die Betreuung von Menschen mit Demenz flächendeckend erfolgt.
- Analog zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten für Demenzkranke sollten professionell geleitete Angehörigengruppen sowie Selbsthilfegruppen und spezielle Pflegekurse für Angehörige von Demenzkranken aufgebaut und unterstützt werden.
- Für Mitarbeiter von Krankenhäusern, der Polizei sowie der kommunalen Verwaltung bzw. der kommunalen Betriebe sollten Schulungen zum Umgang mit Demenzkranken angeboten werden.
- Ein Ausbau der Demenzberatung in den Pflegestützpunkten ist erforderlich. Diese Angebote sind mobil und in der Häuslichkeit anzubieten.
- Trotz der inzwischen vielseitigen Initiativen zur Information und Sensibilisierung zu demenziellen Erkrankungen, wird das Thema in der Gesellschaft weiterhin tabuisiert. Um hier Verbesserungen herbeizuführen, scheinen Informationskampagnen zur Aufklärung über das Krankheitsbild Demenz das probate Mittel zu sein. Gleichzeitig wird damit die Akzeptanz demenziell Erkrankter in der Gesellschaft erhöht. In diesem Kontext sind regionale Demenzwegweiser zu erarbeiten.
- Der Aufbau von Strukturen, die eine frühzeitige Diagnose von demenziellen Erkrankungen ermöglichen und eine schnellstmögliche Therapie der Erkrankung induzieren, ist einzuleiten.

C.4.2 E-Health: Telemedizin und Technische Assistenzsysteme

Die Landesregierung soll den Ausbau der Telemedizin in Mecklenburg-Vorpommern unterstützen. Unter der Prämisse: „Lasst Daten reisen, nicht Patienten“ sollen telemedizinische Angebote und Leistungen weiter helfen, Immobilität zu überwinden und medizinische Versorgung auch im ländlichen Raum abzusichern. Telemedizinische Anwendungen sollten als Bestandteil eines Gesamtkonzeptes betrachtet werden, das den Bedarfen von Patienten und Erfordernissen der Gesundheitsprofessionen entspricht.

Konkret gibt die Enquete-Kommission dafür folgende Handlungsempfehlungen:

- Die Landesregierung trägt dafür Sorge, dass der Telemedizinbeirat als unabhängiges Expertengremium auch in zukünftigen Legislaturperioden unter Berücksichtigung der Akteure der Gesundheitsversorgung und -wirtschaft sowie von Patientenvertretern, unter Einbeziehung des Landesdatenschutzbeauftragten und unter breiter parlamentarischer Beteiligung einberufen wird.
- Dieses Gremium trägt zur stärkeren Vernetzung von öffentlicher und privatrechtlich organisierter Gesundheitsversorgung und Gesundheitswirtschaft bei, die sich auch in einer zukünftigen Förderpolitik widerspiegelt.
- Die Landesregierung legt ein Zukunftsprogramm Telemedizin auf mit dem Ziel der Förderung von
 - Forschung und wissenschaftlichem Austausch und Evaluation von Methoden auf dem Gebiet der Telemedizin.
 - telemedizinischen Konsiliar-Räumen in den Versorgungsankern.
 - telemedizinischer Netzwerke zur Notfallversorgung (z.B. Schlaganfall, Rettungsdienst).
 - einem Modellprojekt für den Einsatz von telemedizinisch vernetzten Rettungswagen. Ermöglicht werden soll, dass Notfallmediziner digital und in Echtzeit die Patientendaten auswerten, um den Rettungssanitätern im Notfall entsprechende Weisungen erteilen zu können.
 - Anreizen zum Einstieg von Hausärzten in die vernetzte digitale Behandlung. Diese Anreize müssen Kompatibilität berücksichtigen. Bewährte Projekte im Bereich der Telemedizin sollen verstetigt und ausgeweitet werden, um insbesondere technische „Insellösungen“ zu vermeiden
 - einem einheitlichen Telemonitoringsystem für die zentrale Datenerfassung, das vom Land zu unterstützen ist. Ein solches System ermöglicht einen einheitlichen Zugriff durch berechtigte Akteure des Gesundheitswesens und verbessert damit deutlich die Gesundheitsversorgung der Menschen in ihren Regionen. In diesem Zusammenhang sind auch Projekte, die Akteure der Gesundheitsversorgung regional vernetzen, wie das im Land entwickelte ILWiA-Konzept (Initiative Leben und Wohnen im Alter) zu evaluieren und ggf. zu unterstützen.
- Unter Berücksichtigung von Datenschutz, Arztgeheimnis und Datensouveränität müssen Maßnahmen geprüft werden, die die Behandlungs- und Gesundheitsdaten allen Anbietern, die an der Patientenversorgung teilhaben, effizient übermitteln. Dies kann z. B. in Form von digitalen Patienten- und Pflegeakten, e-Medikationen oder der elektronischen Gesundheitskarte erfolgen. Ziel ist, u. a. durch die Nutzung computergestützter Systeme die Kommunikation zwischen Ärzten und Apotheken zu verbessern und so die Medikamentensicherheit zu erhöhen.

- Telematikanwendungen sollen möglichst über einheitliche Softwarestandards und Schnittstellen verfügen, die miteinander kompatibel sind, damit sie im Sinne einer Interoperabilität mit weiteren Systemen vernetzt werden können und Daten zwischen Leistungserbringern verschiedener Sektoren ausgetauscht werden können. Auch in Krankenhäusern, bei niedergelassenen Ärzten und in der Pflege sind sie möglichst zu vereinheitlichen bzw. kompatibel zu gestalten.
- Internationale Standards der Datenübermittlung sind auch im Hinblick auf den Datenschutz zu berücksichtigen und Datensicherheit ist herzustellen. Es ist folglich unerlässlich, die zuständigen Datenschutzbehörden bei allen Projekten der Telemedizin von der Planungsphase bis zur Implementierung einzubeziehen und ihre möglichen Einwände zu berücksichtigen.
- Ziel muss es sein, die Möglichkeiten der Telemedizin in Mecklenburg-Vorpommern weiter auszubauen und als festen Bestandteil der stationären und ambulanten Regelversorgung zu etablieren. Der G-BA muss dafür sorgen, dass telemedizinische Leistungen in die Behandlungsrichtlinien eingepflegt werden, abrechenbar sind und angemessen vergütet werden. Die Anwendungen müssen sich einer kritischen Bewertung im Hinblick auf Kosten und Nutzen unterziehen.
- Telemedizin muss Inhalt in den relevanten Aus- und Weiterbildungen in den Gesundheitsberufen werden. Dabei muss neben der technischen Befähigung auch die Entwicklung sozialer und emotionaler Kompetenzen für die Anwendung von Telemedizin eine wesentliche Rolle spielen, um einer „Entfremdung“ gegenüber den Patienten entgegenzuwirken.
- Das Land Mecklenburg-Vorpommern schafft durch einen möglichst flächendeckenden Breitbandausbau (u. a. mit Bundesmitteln) die erforderlichen technischen Voraussetzungen für die meisten telemedizinischen Anwendungen. Mit der Finanzierung und der Prioritätensetzung wird sich die Enquete-Kommission in einem späteren Kapitel (z. B. Daseinsvorsorge und Infrastruktur) befassen.
- „Ambient Assisted Living“ vermag den längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen, ersetzt jedoch nicht die zwischenmenschliche Zuwendung. Die anteilige Übernahme der Kosten für die Installation wird fallweise durch die GKV und Pflegekassen zu prüfen sein. Auch für die Wohnungswirtschaft können diese Installationen betriebswirtschaftlich sinnvoll sein. Darüber hinaus muss auch hier eine unabhängige Beratung – angesiedelt etwa bei der Wohnberatung, dem Pflegestützpunkt, der Patientenberatung oder der klassischen Verbraucherberatung – dafür sorgen, dass die Verbraucher über die Produktvielfalt und deren Anwendungsmöglichkeiten umfassend informiert werden.

C.4.3 Pflegerische Versorgung und Betreuung

Fachkräftesicherung im pflegerischen Bereich

- Die Pflegeausbildung soll als generalistische Ausbildung mit gestuftem Verlauf angeboten werden, wobei eine Spezialisierung auf den zukünftigen Beruf (Kinder-Kranken- oder Altenpflegerin) innerhalb der Regelausbildung, vorzugsweise im letzten Ausbildungsjahr, vorgesehen ist. In diesem Sinne muss das Land den Reformprozess der Pflegeausbildung auf Bundesebene unterstützen. Voraussetzung ist die Angleichung der Gehälter in allen Pflegeberufen.

- Im Zuge dieser Generalisierung, müssen die Kosten der Ausbildung in den Pflegeberufen vereinheitlicht werden. Gleiches gilt für die Vergütung.
- Die Curricula der Alten- und Krankenpflegeberufe sind gesellschaftlichen Entwicklungen anzupassen, beispielsweise sind sie um suchtbetragene, telemedizinische und geriatrische Inhalte wie um steuernde Kompetenzen innerhalb der „Sorgenden Gemeinschaften“ zu ergänzen.
- Die Ausbildungsangebote an staatlichen Berufsfachschulen müssen weiter ausgebaut werden. Die Ausbildungskapazitäten sind auszuweiten. Schulgeldfreiheit ist kurzfristig zu gewährleisten.
- Die Landesregierung wird beauftragt, auf die bundesweite Abschaffung der Ausbildungsgebühren sowie eine Neuregelung zur Finanzierung des 3. Umschulungsjahres im SGB II hinzuwirken.
- Bis zur Einführung einer generalistischen Ausbildung sind die Übernahme des Pflegeschulgeldes durch das Land (auch für staatlich anerkannte Privatschulen) und die Einführung einer verpflichtenden Ausbildungsplatzumlage, die den Wettbewerbsnachteil von ausbildenden gegenüber nichtausbildenden Betrieben ausgleicht, sinnvoll.
- Entscheidend für die Motivation im Pflegeberuf zu verbleiben sind auch Karriereoptionen. Dazu ist ein durchlässiges und modular aufgebautes Aus- und Weiterbildungssystem in Anlehnung an den Europäischen Qualifikationsrahmen, in dem bereits geleistete Ausbildungsinhalte anerkannt werden, zu entwickeln. Es soll allen möglich sein, sich von der Pflegehilfs- oder Assistenzkraft über die Pflegefachkraft bis zur zentralen Leitungsposition oder für den akademischen Pflegebereich zu qualifizieren.
- Durch Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen können u. a. entsprechend ausgebildete Pflegekräfte anspruchsvollere Tätigkeiten übernehmen, was auch zu einer größeren Arbeitszufriedenheit und einem anderen Miteinander in den Gesundheitsberufen führt. Daher muss der Bundesgesetzgeber die rechtlichen Grundlagen für die Substitution ausweiten und die gemeinsame Selbstverwaltung muss bereits bestehende Möglichkeiten stärker als bisher mit Leben erfüllen.
- Die veränderte Rolle der Pflege erfordert einen höheren Anteil von Pflegenden mit akademischem Abschluss. Die Landesregierung schafft daher die entsprechenden Rahmenbedingungen und begleitet und unterstützt die Akademisierung der Pflegeberufe unter Beachtung der Finanzierbarkeit von Pflege.
- Um dem wachsenden Bedarf an hochschulgebildeten Pflegekräften gerecht zu werden, sind pflegerische Studiengänge, auch an Hochschulen mit Promotionsrecht, zu etablieren und weiterzuentwickeln, jedoch ohne die besonders wichtige Praxisorientierung zu vernachlässigen.
- Dem Trend zur Abwanderung von Fachkräften aus der ambulanten (Alten-) Pflege in die Pflegestellen der Krankenhäuser und in andere Bundesländer muss durch eine angemessenen Vergütung der Arbeit - durch die Arbeitgeber und die Leistungsträger - entgegengewirkt werden. In der Alten- und der Krankenpflege ist die Entlohnung anzugleichen.
- Die Entlohnung muss auch in allen anderen Gesundheitsberufen angemessen sein. Eine befristete Entkopplung von der Grundlohnsumme würde die Angleichung von Ost- und West-Löhnen bei verschiedenen Therapeuten-Berufen ermöglichen.
- Die Umwandlung von Teilzeit- in Vollzeitstellen soll unterstützt werden, sofern die betreffenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dies wünschen.

- Eine bessere regionale Pflegedisposition vermag Wegezeiten in der aufsuchenden, ambulanten Pflege so zu verkürzen, dass mehr Zeit für mehr Pflegebedürftige bleibt. Dabei ist die Wahlfreiheit der Patienten zu berücksichtigen. Jedem einzelnen Pflegebedürftigen soll in hinreichendem Maße Zeit und Zuwendung zuteilwerden.
- Die Landesregierung wird aufgefordert, als Planungsgrundlage einen regionalisierten Pflegemonitor einzuführen, der die generelle Angebots- und Nachfrageentwicklung im Bereich der Pflege beschreibt und kontinuierlich alle zwei Jahre die Erfassung und Darstellung der Daten über den Bestand und Bedarf an Pflegefachkräften, Ausbildungsplätzen und Weiterbildungsangeboten ermöglicht und Nachfrageentwicklungen aufzeigt.
- Zur Qualitätssicherung und Professionalisierung in der Pflege sowie um den Stellenwert der Pflege insgesamt zu heben und das Anliegen der Pflegenden in Öffentlichkeit und Politik stärker zu gewichten, sind die Voraussetzungen zur Einrichtung einer Pflegekammer für Mecklenburg-Vorpommern unter Beteiligung aller betroffenen Akteure durch das Land zu prüfen. Die Aufgaben einer Pflegekammer liegen unter anderem in der Erstellung einer Berufsordnung, der Sicherstellung einer sachgerechten Pflege nach aktuellen pflegerischen Erfordernissen, der Organisation der Fort-, Weiterbildung und Beratung sowie in der Entwicklung einer verbindlichen Berufsethik.

Organisation von individuellen, ambulanten Pflegearrangements

Ziel ist, dass ältere Menschen auch bei gesundheitlichen Einschränkungen solange wie möglich eigenverantwortlich und selbstbestimmt leben können. Aufgrund demografischer Entwicklungen wird es zu einer Veränderung des Versorgungsmixes kommen müssen. Die „Sorgende Gemeinschaft“ muss zum Leitbild dieses Anpassungsprozesses werden. Ziel politischen Handelns muss die Schaffung integrativer Sozialräume sein, die eine gute Lebensqualität und Teilhabe ermöglichen. Struktur, Organisation und Konzepte der Pflegeberatung und Pflegestützpunkte sind im Sinne einer auf Autonomieerhalt zielenden Pflege weiterzuentwickeln.

Konkret gibt die Enquete-Kommission dafür folgende Handlungsempfehlungen:

- Die Landkreise müssen Aspekte der Daseinsvorsorge und der Teilhabe älterer Menschen (z. B. Mobilität, Begegnungsangebote) in ihre Pflegesozialplanung integrieren und diese so zu einem seniorenpolitischen Gesamtkonzept ausbauen.
- Eine gemeinsame Quartiersentwicklung u.a. durch Kommunen, freigemeinnützige und private ambulante Dienste, Nahversorger, Wohnungsunternehmen und Bewohner muss ein seniorenrechtliches Wohnumfeld schaffen. Im ländlichen Raum müssen analoge Konzepte entwickelt werden. Das Land begleitet hierbei konstruktiv und fördernd. Zum Konzept „Quartiers- Stadt- und Dorfmanagement“, das auch in den anderen Themenfeldern relevant wird, machen die Handlungsempfehlungen für das abschließende Themenfeld „Daseinsvorsorge und Infrastruktur“ eingehende Ausführungen.
- Kommunale Runde Tische unter Beteiligung aller Anbieter von Gesundheits- und Pflegeleistungen, der Kostenträger, der Patientenvertreter und von Vertretern der betroffenen Kommunal- und Landesverwaltungen beraten regelmäßig zur regionalen Integration des Gesundheitssektors, um so die Probleme abzumildern, die an den Schnittstellen der Sektoren entstehen, abzumildern.

- Durch eine Reform des Sozialhilfefinanzierungsgesetzes müssen Anreize für die Kommunen geschaffen werden, unter anderem die ambulante Pflege inhaltlich weiterzuentwickeln und auszubauen. Hier ist insbesondere an eine Umsetzung des Konzeptes der „Sorgenden Gemeinschaften“ und einer damit verbundenen veränderten Ausgestaltung des Versorgungsmixes gedacht.
- Kommunale Spitzenverbände müssen künftig in allen gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V mit Sitz und Stimme vertreten sein.
- Die Pflegestützpunkte müssen so verstärkt und weiterqualifiziert werden, dass sie die ihnen übertragenen Aufgaben sowohl qualitativ (hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) als auch quantitativ flächendeckend erfüllen können. Sie beraten neutral, vermitteln und steuern unabhängig Angebote von der Prävention bis zur Palliativversorgung über Sektorengrenzen hinweg, auch schon vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Die Durchführung der Pflegeberatung nach SGB XI, § 7a an den Pflegestützpunkten ist richtig und notwendig. Die weiterqualifizierten Pflegestützpunkte müssen das Case und Care Management ausweiten und stärken sowie dazu imstande sein, neue Aufgaben wie z. B. die Wohnberatung zu übernehmen. Die in den Pflegestützpunkten beschäftigten kommunalen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen für diese Tätigkeit eine ausreichende Qualifizierung. Grundlage hierfür ist z.B. die Ausbildung zum Case und Care Manager auf der Grundlage des Curriculums der Deutschen Gesellschaft für Case und Care Management. Außerdem bedarf es für alle weiterqualifizierten Pflegestützpunkte einer einheitlichen, kompatiblen EDV-Lösung. Ihre enge Verknüpfung u.a. mit Krankenhäusern oder Rehakliniken ist zu sichern. Im Rahmen von Modellprojekten sind neue Formen der Verzahnung von weiterqualifizierten Pflegestützpunkten mit anderen Bereichen, die das Leben älterer Menschen berühren, zu erproben.
- Um die Aufgabenwahrnehmung in den weiterqualifizierten Pflegestützpunkten zu optimieren ist eine Gemeinsame Rechtsträgerschaft anzustreben.
- Eine Zusammenführung der Pflegestützpunkte mit anderen Beratungsangeboten auch über sektorale Grenzen hinweg (Servicestellen nach dem SGB IX, Beratung nach § 65 b) ist anzustreben. Eine diesbezügliche Initiative muss von der Landesregierung ausgehen.
- Für Menschen, die ihre eigenen Behandlungswege, auch aufgrund von physischen Erkrankungen, nicht koordinieren können, muss ein durch die Leistungsträger vergütetes aufsuchendes Case Management gewährleistet sein. Dieses soll unter Beachtung der Wahlfreiheit der Patienten zur Vermeidung von Drehtüreffekten, der Koordination von pflegerischer und medizinischer Versorgung sowie weiterer Hilfeangeboten dienen.
- Um Pflegebedürftigen mehr Autonomie bei der Entscheidung über die Leistungen, die sie in Anspruch nehmen, zu geben, müssen verstärkt individuelle Leistungsarrangements zwischen Pflegekassen, Pflegeanbietern und Pflegebedürftigen geschlossen werden.
- Um die Belastung von pflegenden Angehörigen zu vermindern, muss eine ausreichende Zahl von Plätzen in der Kurzzeit-, Tages- und Verhinderungspflege auch für Demenzkranke gesichert werden. Diese bedürfen einer Förderung in angemessenem Umfang und die Kosten für diese Angebote müssen in ebenfalls angemessenem Umfang von der Pflegekasse übernommen werden.
- Hinzuwirken ist weiter auf die Anerkennung der Gleichwertigkeit von Kinderbetreuungs- und Pflegeaufgaben in der Familie, die in den verschiedenen

gesellschaftlichen Bereichen und (sozial-)politischen Handlungsfeldern verankert werden müssen. Die Enquete-Kommission unterstützt das Ansinnen der Zusammenführung des Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetzes und sieht darin eine Möglichkeit, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf besser zu unterstützen. Die Landesregierung soll sich gegenüber dem Bund dafür einsetzen, dass Pflegeleistungen rentenrechtlich anerkannt werden. Auch eine Sensibilisierung der Arbeitgeberseite für neue individuelle Arbeitszeitmodelle ist dafür notwendig. Zu prüfen ist, inwiefern eine steuerliche Absetzbarkeit von Arbeitgeberaufwendungen für solche Vereinbarkeitsregelungen dienlich sein kann.

- Zur Vorbeugung von Gesundheitsrisiken- und Überlastungserscheinungen sind der Ausbau der Gesundheitsförderung und die psychosoziale Betreuung pflegender Angehöriger erforderlich.
- Die Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Pflege muss verbessert werden. Die Pflegekassen stellen Mittel bereit, um Ehrenamtlichen, die sich in der Betreuung pflegebedürftiger Menschen engagieren und pflegenden Angehörigen die Kosten für eine angemessene Weiterbildung und den freiwillig Engagierten zumindest anteilig eine Aufwandentschädigung zu erstatten. Angebote zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sind nicht nur für Angehörige, sondern auch für Ehrenamtliche insgesamt anzubieten.
- Für die Koordinierung von freiwillig Engagierten in der Pflege sind hauptamtliche Ansprechpartner und klare Regeln hinsichtlich Zulassung, Verantwortlichkeiten und Grenzen im Umgang mit Pflegebedürftigen unerlässlich.
- Über generelle Maßnahmen zur Stärkung des freiwilligen Engagements durchregionale Koordinatoren, Quartiers-, Stadt- oder Dorfmanager sowie eine Landesengagementstrategie wird die Enquete-Kommission im Rahmen des entsprechenden Arbeitsfeldes beraten.
- Die Palliativversorgung im ländlichen Raum muss ausgeweitet und im ambulanten Bereich ausgebaut werden. Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient in Ergänzung zur Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV), dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu ermöglichen. Nur ein Teil aller Sterbenden benötigt diese besondere Versorgung. Besonders im Landesinneren besteht eine Versorgungslücke, die perspektivisch durch entsprechende Versorgungsverträge (§§ 37b SGB V, 132a SGB V) gefüllt werden sollte. Ziel ist eine flächendeckende Versorgung mit SAPV und AAPV.

Stationäre Pflege

Die stationäre pflegerische Langzeitversorgung in Heimen wird für einen Teil der Bevölkerung auch künftig Bedeutung behalten.

Konkret gibt die Enquete-Kommission dafür folgende Handlungsempfehlungen:

- Für Einrichtungen der Intensivpflege muss Heimrecht gelten. Bei der Einrichtung von ambulanten Wohngemeinschaften im Sinne § 2 Absatz 5 EQG M-V (Einrichtungenqualitätsgesetz Mecklenburg-Vorpommern) sind die Heimaufsichten angemessen zu beteiligen.

- Eine bessere Personalausstattung ist in vielen Heimen dringend erforderlich. Daher ist der Personalschlüssel in den stationären Pflegeeinrichtungen auf Grundlage einer einheitlichen Personalbedarfsbemessung zu verbessern. Darauf hat das Land hinzuwirken.
- Zugleich sind das Qualifikationsniveau der Fachkräfte insgesamt anzuheben und der Qualifikationsmix zu diversifizieren, z. B. im Bereich der Palliativpflege oder der gerontopsychiatrischen Pflege. Entsprechende Standards sind durch die Landesregierung im Dialog mit den Leistungsanbietern zu vereinbaren.
- Stationäre Einrichtungen sind, da wo es möglich ist, in ein Quartierskonzept einzubetten. Insgesamt sind Heime offen zu gestalten und Ehrenamtliche zur Verbesserung der Versorgung im Rahmen eines sich veränderten Versorgungsmixes zu gewinnen.
- In diesem Kontext können die Einrichtungen weitergehende Funktionen der Bündelung und Integration regionaler Versorgungsangebote übernehmen. Eine Bündelung von Angeboten für unterschiedliche Zielgruppen, die bessere Vernetzung ambulanter, stationärer und teilstationärer Versorgungsangebote, die Integration niedrigschwelliger Betreuungsangebote und hauswirtschaftlicher Hilfen, die Unterstützung für Selbsthilfegruppen, die Einbeziehung ärztlicher Versorgung sowie die Sicherstellung struktureller Voraussetzungen für mobilambulante Rehabilitationsmaßnahmen können erheblich dazu beitragen, strukturell bedingte Zugangsprobleme zu einer bedarfsgerechten Versorgung besonders in ländlichen Regionen abzubauen.
- Hospize bleiben räumlich von den Palliativstationen getrennt.
- Die spezialisierte ambulante Hospizversorgung sowie der flächendeckende Ausbau von stationären Hospizen in Mecklenburg-Vorpommern sollen gefördert werden. In diesem Zusammenhang ist auch das bürgerschaftliche Engagement zu stärken.
- Die Zusatz-Weiterbildung zur Palliativmedizin bei niedergelassenen Ärzten in Mecklenburg-Vorpommern ist zu fördern und bei gleicher Qualität zeitlich zu verkürzen.

C.4.4 Prävention und Rehabilitation

Prävention darf nicht nur auf das Alter beschränkt sein, sondern muss, mit einer familienzentrierten aufsuchenden Prävention in der Kindheit beginnend, den gesamten Lebenslauf begleiten. Prävention trägt dazu bei, dass Menschen so lange wie möglich selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilhaben können. Gleichzeitig können durch Prävention Kostensenkungen im Gesundheitswesen erzielt werden. Eine rechtzeitige und umfassende Vorsorge kann Folgeerkrankungen vermeiden.

Konkret gibt die Enquete-Kommission dafür folgende Handlungsempfehlungen:

- Die Landesregierung intensiviert und konzentriert im Rahmen eines Gesamtansatzes auch künftig Präventionsprogramme u.a. zur Suchtvorbeugung, zu gesunder Ernährung, zur Bewegungsförderung sowohl in der Gesundheitserziehung und der Aufklärung über Präventionsmöglichkeiten, als auch in der Vorsorge und Früherkennung, beispielsweise an Schulen und in Vereinen. Hierzu gehört auch die regionale Vernetzung von Bildung mit Präventionsprogrammen der Krankenkassen und möglichst vielen Leistungsanbietern (Sportvereine, Physiotherapeuten,

Volkshochschulen). In einer Präventionsstrategie des Landes werden die verschiedenen Präventionsansätze und -maßnahmen zusammengeführt und durch entsprechende Kommunikationskonzepte und Koordinierungsmaßnahmen untersetzt.

- Die Landesregierung unterstützt innovative Ansätze zur Förderung des gesunden Alterns, vor allem in der Bewegungs- und Mobilitätsförderung sowie auch Maßnahmen zur Ernährung und zur Förderung der Alltags- und Gesundheitskompetenz in Arbeit und Freizeit.
- Die Beteiligung von Anbietern aus Mecklenburg-Vorpommern an Angeboten des Bundes, z.B. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, wie Praxisdatenbank, „Älter werden in Balance“) ist zu erhöhen. Programme der Landesregierung oder anderer Akteure im Land, die in dieselbe Richtung zielen, sind unter Berücksichtigung rechtlicher Einschränkungen eng mit den Bundesprogrammen zu verzahnen.
- Im Hinblick auf das sich im Gesetzgebungsverfahren des Bundes befindliche Präventionsgesetz sind die bestehenden Präventionsangebote auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen, und gegebenenfalls zu optimieren.
- Bei einer zukünftigen Reform der Sozialgesetzgebung prüft das Land, inwiefern die Pflegekasse an den Rehabilitationskosten älterer Menschen beteiligt werden kann.
- Langfristig muss sich die Landesregierung vor allem auf Bundesebene und im Dialog mit den Leistungsträgern auch im Sinne einer präventiven, integrierten Gesundheitsversorgung für eine wirksame Integration von Pflege- und Krankenversicherung einsetzen.
- Kranken- und Pflegekassen müssen ihre Angebote im Bereich der Prävention und Rehabilitation an den demografischen Wandel anpassen. Sie sollen u.a. Aktivierungsangebote für Seniorinnen und Senioren fördern und sich stärker an der Finanzierung von Selbsthilfestrukturen beteiligen, um deren Arbeit nachhaltig zu unterstützen. Es ist anzuregen, dass medizinisch relevante Präventionsangebote in die Komplexpauschalen der integrierten Versorgung aufgenommen werden.
- In enger Zusammenarbeit mit der klein- und mittelständisch geprägten Unternehmenslandschaft in Mecklenburg-Vorpommern sollten die Krankenkassen weitere Konzepte zur betrieblichen Gesundheitsvorsorge aufstellen. Hierbei müssen die Kosten für die Unternehmen berücksichtigt und diese für entsprechende Angebote stärker sensibilisiert werden.
- Eine Anpassung der bestehenden Suchtpräventions-, Beratungs- sowie Behandlungsangebote für ältere Menschen ist in Mecklenburg-Vorpommern durch eine zielgerichtete Kooperation zwischen Alten- und Suchthilfe und durch eine aufsuchende Beratung zu gewährleisten.
- Es muss über Impfungen, insbesondere gegen Erkrankungen wie Pneumonie, an denen viele ältere Menschen versterben, so aufgeklärt werden, dass sich der Wissensstand in der Bevölkerung signifikant erhöht.
- Das Land Mecklenburg-Vorpommern ist ein herausragender Standort von stationären Rehabilitationseinrichtungen. Angesichts zurückhaltender Bewilligung und Ambulantisierung der Rehabilitationen müssen die Kliniken stärker in sektorenübergreifende Kooperationen der medizinischen Versorgung einbezogen werden und die bundeslandübergreifende Kooperation muss verbessert werden.

C.5 Sondervoten (ggfs.)

D Literatur- und Quellenverzeichnis

Augurzky, B.; Krolop, S.; Hentschker, C. und Menniken, R. (2013): Pflegeheim Rating Report 2013 – Ruhiges Fahrwasser erreicht. Hannover

Baumgärtner, K.; Kolland, F. und Wanka, A. (2013): Altern im ländlichen Raum. Entwicklungsmöglichkeiten und Teilhabepotentiale. Stuttgart

Becker, U. und Roth, M. (Hg.) (2013): Recht der Älteren. De Gruyter Handbuch, Berlin/Boston

Beckmann, K. J. (2013): Entwicklungslinien der Mobilität im Alter und Verkehrstendenzen. In: Schlag, B. und Beckmann, K. J. (Hg.) (2013): Mobilität und demografische Entwicklung. Mobilität und Alter, Bd. 7, Köln, S. 43-74

Berner, F.; Rossow, J. und Schwitzer, K.-P. (Hg.) (2011a): Individuelle und kulturelle Altersbilder. Expertisen zum Sechsten Altenbericht der Bundesregierung. Band 1. Wiesbaden

Berner, F.; Rossow, J. und Schwitzer, K.-P. (Hg.) (2011b): Altersbilder in der Wirtschaft, im Gesundheitswesen und in der pflegerischen Versorgung. Expertisen zum Sechsten Altenbericht der Bundesregierung. Band 2. Wiesbaden

Bundesministerium des Inneren (BMI) (2013): Jedes Alter zählt. Zweiter Demografie Gipfel der Bundesregierung am 14. Mai 2013. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generationen in der Bundesrepublik Deutschland. Potentiale des Alters für Wirtschaft und Gesellschaft. (Fünfter Altenbericht). Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und Deutscher Industrie- und Handelskammertag e.V. (DIHK) (2014): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Wie Unternehmen Beschäftigte mit Pflegeaufgaben unterstützen können. Rostock

Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) (Hg.) (2015): MORO Praxis - Anpassungsstrategien zur regionalen Daseinsvorsorge (unveröffentlicht)

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) (2010): ÖPNV: Planung für ältere Menschen - Ein Leitfaden für die Praxis, BMVBS-Online-Publikation 09/2010

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) (Hg.) (2011): Wohnen im Alter. Markprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf. Forschungen Heft 147, Berlin (Bearbeitung Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln. Kremer-Preiß, U.)

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) (2012): Mobilitätssicherung in Zeiten des demografischen Wandels. Innovative Handlungsansätze und Praxisbeispiele aus ländlichen Regionen in Deutschland. Bonn

Burmeister, J. (2007): Radmobilität von Senioren/innen in ländlichen Räumen. Hochschule Neubrandenburg, Projektbearbeitung Hochschule Neubrandenburg und ISAB-Institut Köln, Neubrandenburg

Claßen, K.; Oswald, F.; Doh, M.; Kleinemas, U. und Wahl, H.-W. (2014): Umwelten des Alterns. Wohnen, Mobilität, Technik und Medien. Grundriss der Gerontologie Bd. 10, Stuttgart

Dehne, P.; Hiller, H. und Hollang, R. (2013): Wohnen im Alter. Grundlagenexpertise Teil B, Auswirkungen der demografischen, siedlungs- und infrastrukturellen Veränderungen. Hochschule Neubrandenburg, Neubrandenburg (= Kommissionsdrucksache 6/22)

Deutscher Ethikrat (2011): Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung – Stellungnahme. Berlin

Deutscher Ethikrat (2012): Demenz und Selbstbestimmung – Stellungnahme. Berlin

Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH (Difu) und plan:mobil, Verkehrskonzepte & Mobilitätsplanung (2015): Mobilität im Alter in Mecklenburg-Vorpommern. Grundlagenexpertise Abschlussbericht, Berlin (= Kommissionsdrucksache 6/36)

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (2011): Entwicklung der Altersarmut in Deutschland. SOEP Papers on Multidisciplinary Panel Data Research 378. Berlin

Deutsches Zentrum für Altersfragen (2003): Die Entwicklung sozialer Beziehungen in der zweiten Lebenshälfte. Ergebnisse des Alterssurvey 2002. Veränderungen im Längsschnitt über einen Zeitraum von sechs Jahren. DZA – Kurbericht „Soziale Beziehungen“, Berlin (FN 135)

Dorbritz, J. und Schneider, N. (2013): Familiendemografische Trends in Deutschland – Herausforderungen für zukünftiges politisches Handeln. In: Hüther und Naegele (2013): Demografiepolitik – Herausforderungen und Handlungsfelder. Wiesbaden, S. 142-164

Drach, L. (2013): Demenz-Wegweiser für Schwerin und Umland. Zentrum Demenz und Hochschule Neubrandenburg

Edinger et al. (2007): Barrierearm – Realisierung eines neuen Begriffs. Bauforschung für die Praxis I, Bd. 81, Heidelberg

Faller, B.; Aring, J.; Lobeck, M. und Wilmsmeier, N. (2014): Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge – Begleitforschung Fachinformation. Endbericht im Auftrag des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR), Bonn

FGSV – Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen (Hg.) (2014): Hinweise für Straßen mit besonderem Überquerungsbedarf – Shared Space und andere Ansätze (H SBÜ), Köln

FGSV, Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen (Hg.) (2011): Empfehlungen für Radverkehrsanlagen (ERA). Ausgabe 2010, Köln

FGSV, Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen (Hg.) (2011): Hinweise für barrierefreie Verkehrsanlagen (H BVA). Arbeitsgruppe Straßenentwurf, Ausgabe 2011, Köln

Finanzministerium Mecklenburg-Vorpommern (2013): Mittelfristige Finanzplanung 2013 bis 2018. Abt. Haushalt und Finanzwirtschaft, Ref. IV 200, Stand: 01. Juli 2013

Follmer, R. und Brand, T. (2010): MiD 2008 - Mobilität in Deutschland 2008. Ergebnisbericht Mecklenburg-Vorpommern. Studie im Auftrag des Ministeriums für Verkehr, Bau und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern. Infas und DRL, Bonn

Generali Zukunftsfonds (Hg.) / Institut für Demoskopie Allensbach (2013): Generali Altersstudie 2013: Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Frankfurt

Gipp, Ch.; Nienaber, P. und Schifforst, G. (2014): Mobilitätsoptionen Älterer im ländlichen Raum. Ergebnisbericht. IGES Institut GmbH im Auftrag des ADAC e. V., Berlin

Günther, M. (2013): Wohnen der Altersgruppe 65plus. Untersuchung im Auftrag vom Verbändebündnis WOHNEN 65 PLUS. Pestel Institut. Hannover

Hackmann, T.; Müller, D.; Steiner, M. und Tiessen, J. (2014): Pflege vor Ort gestalten und verantworten – Konzept für ein Regionales Pflegebudget. Gütersloh

Hefter, Th. und Götz, K. (2013): Mobilität älterer Menschen. State of the Art und Schlussfolgerungen für das Projekt COMPAGNO. Institut für sozial-ökologische Forschung (ISOE) GmbH, ISOE-Diskussionspapiere, Nr. 36, Frankfurt am Main

Hercksen, H.; Kirchesch, M. und Ortwein, St. (2014): Nutzungschancen des Breitbandinternets für ländliche Räume. Innovative Anwendungen, neue Ideen, gute Beispiele. Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (Hg.), Bonn

HGC GesundheitsConsult GmbH (2015): Alter und Gesundheit/Pflege (Teil1). Grundlagenexpertise. Und Appendix: Status quo der Versorgungssituation in MV. Düsseldorf (= Kommissionsdrucksache 6/35 (neu))

HGC GesundheitsConsult GmbH (2015): Alter und Gesundheit/Pflege (Teil2). Pflege und Prävention. Grundlagenexpertise. Düsseldorf (= Kommissionsdrucksache 6/38 (neu))

Hildebrandt, J. (2012): Lebenswelt im Wohnkontext. In: Kleiner, G. (Hg.) (2012): Alter(n) bewegt. Perspektiven der sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten. Berlin, S. 196 - 204

Hohmeyer, K. und Kopf, E. (2015): IAB-Kurzbericht – Aktuelle Analyse aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 2015, Nr.5

Hüther, M. und Naegele, G. (2013): Demografiepolitik – Herausforderungen und Handlungsfelder. Wiesbaden

Kalina, T. und Weinkopf, C. (2014): Niedriglohnbeschäftigung 2012 und was ein gesetzlicher Mindestlohn von 8,50 Euro verändern könnte. IAQ-Report. Aktuelle Forschungsergebnisse aus dem Institut Arbeit und Qualifikation. Universität Duisburg/Essen

Kleiner, G. (Hg.) (2012): Alter(n) bewegt. Perspektiven der sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten. Berlin

Klingholz, R. und Kuhn, E. (2013): Vielfalt statt Gleichwertigkeit. Was Bevölkerungsrückgang für die Versorgung ländlicher Regionen bedeutet. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hg.). Berlin

Kremer-Preiß, U.; Mehnert, T. und Stolarz, H. (2013): Wohnen im Alter. Bedarfslagen Älterer und Bedingungen für ein selbstständiges Leben im Alter in Mecklenburg-Vorpommern. Grundlageexpertise, Teil B, Bewertung der aktuellen Strukturen und Rahmenbedingungen vor dem Hintergrund der zukünftigen Herausforderungen. KDA, Köln (= Kommissionsdrucksache 6/24neu)

Kuhn, E. et al. (2012): Unterwegs auf dem Lande. Mobilitätskonzepte für ländliche Räume bei Bevölkerungsrückgang und Ressourcenknappheit. Ergebnis-Protokoll des Workshops am 13./14. Juni 2012, Institute für Advanced Sustainability Studies e. V. (IASS) Potsdam und Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, unveröffentlicht, 13. S.

Lacour, A. (2014): Älterwerden im ZukunftsDORF - Leben und Lernen über Generationen“: Das Regionale 2016 - Projekt der Gemeinde Legden. informationsdienst altersfragen, 2014, Nr. 6, Berlin

Landtag Mecklenburg-Vorpommern (2011): 7. Altenparlament. Dokumentation. Debatte, Anträge, Beschlüsse. Schwerin

Leibniz-Institut für ökologische Raumentwicklung (IÖR) / Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung (ILS) (2012): Befragungsergebnisse - Wohnen im Alter 60plus. Unterschiede in ost- und westdeutschen Städten. Präsentation im Rahmen der Fachtagung „Wohnen im Alter 60plus am 29. Februar 2012 im IÖR. Dresden; URL: <http://www.ioer.de/aktuelles/veranstaltungen/rueckblicke/2012-wohnen-im-alter/> [Stand 14.03.2014]

Lihs, V. (2013): Wohnen im Alter – Bestand und Bedarf altersgerechter Wohnungen. In: Information zur Raumentwicklung, H. 2, Bonn

Manssen, G. (2013): Das Recht der Älteren im Planungs- und Baurecht. In: Becker, U. und M. Roth (Hg.) (2013): Recht der Älteren. De Gruyter Handbuch, Berlin / Boston, S. 496-505

Mau, J. (2015): Was bringt die Abwrackprämie? In: Kma - Das Gesundheitswirtschaftsmagazin, 2015, 20. Jg., S. 28-34

Mohn, B. (2014): Vorwort. In: Hackmann, T., Müller, D., Steiner, M. und Tiessen, J. (2014): Pflege vor Ort gestalten und verantworten – Konzept für ein Regionales Pflegebudget. Gütersloh, S. 6-7

Nagl, W. (2014): Lohnrisiko und Altersarmut im Sozialstaat, ifo Beiträge zur Wirtschaftsforschung 54, ifo Institut, 2014. München

Oberste Landesplanungsbehörde (2014): Landesraumentwicklungsprogramm Mecklenburg-Vorpommern 2014 (LEP M-V 2014), Entwurf: Stand Februar 2014; URL: http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/vm/Themen/Landes-_und_Regionalentwicklung/Fortschreibung_Landesraumentwicklungsprogramm/index.jsp [Stand 14.03.2014]

Rothgang, H.; Müller, R.; Mundhenk, R. und Unger, R. (2014) GEK Pflegereport 2014. Siegburg

Rothgang, H.; Müller, R. und Unger, R. (2013): Barmer GEK Pflegereport 2013. Siegburg

Rudinger, G. und Kocherscheid, K. (Hg.) (2011): Ältere Verkehrsteilnehmer – gefährdet oder gefährlich? (Applied Research in Psychology and Evaluation 5). Göttingen

Rudinger, G.; Holz-Rau, Ch. und Grotz, R. (Hg.) (2004): Freizeitmobilität älterer Menschen. Dortmund

Rudinger, G.; Haverkamp, N.; Mehliß, K. und Riest, N. (2012): MOBIL 2030, Mobilitätskultur in einer alternden Gesellschaft: Szenarien für das Jahr 2030. Forschungsvorhaben im Rahmen der Förderinitiative „Zukunftsfragen der Gesellschaft“ (AZ II / 83 172), Zentrum für Alterskulturen (ZAK), Bonn

Rudinger, G.; Mehliß, K. und Haverkamp, N. (2012): Aktiv und Mobil – für ein selbstbestimmtes Leben im Alter im Landkreis Uckermark. Zentrum für Alterskulturen (ZAK) Universität Bonn

Rychter, A. (2006): Wohnen im Alter aus der Sicht der Wohnungsunternehmen. In: Landesamt für Bauen und Verkehr, Brandenburg (Hg.) (2006): Wohnen im Alter – Strategien anderer Bundesländer. Dokumentation eines Expertengesprächs am 16. Februar 2006 in Potsdam. Frankfurt/Oder

Schaeffer, D.; Hämel, K. und Ewers, E. (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim und Basel

Schlag, B. (2008b): Älter werden und Auto fahren. Report Psychologie 33,2, S.74-85, Dresden

Schlag, B. (Hg.) (2008a): Leistungsfähigkeit und Mobilität im Alter. Schriftenreihe Mobilität und Alter, Bd. 3, Köln

Schlag, B. und Beckmann, K. J. (Hg.) (2013): Mobilität und demografische Entwicklung. Mobilität und Alter, Bd. 7, Köln

Schrappé, M. (2015): Qualität 2030 – Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Schwarze, B. und Spiekermann, K. (2013): Analyse der Erreichbarkeit der zentralen Orte in Mecklenburg-Vorpommern. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern, Spiekermann & Wegner Stadt- und Regionalforschung, Dortmund

Sinjakowa, M. (2015): Klinikumbau erhöht die Qualität. In: Gesundheit und Gesellschaft (G+G), 2015, Nr.3, S. 14-15

Spickhoff, A. (2013): Selbstbestimmungsfähigkeiten. In: Becker, U. und M. Roth (Hg.) (2013): Recht der Älteren. De Gruyter Handbuch, Berlin / Boston, S. 101- 125

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Kreisvergleich. Wiesbaden

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2012): Daten zur Wohnsituation (Mikrozensus) in Mecklenburg-Vorpommern 2010, Statistische Berichte Wohnungswesen. 7. September 2012, Schwerin

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2012): Mikrozensus – Zusatzerhebung 2010. Schwerin

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2013): Bevölkerung, Haushalte und Familien in Mecklenburg-Vorpommern, Mikrozensus 2012). Teil 1 – Bevölkerung und Haushalte. Schwerin

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2013): Statistische Berichte, Wanderungen in Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin

Statistisches Bundesamt (2012): Bauen und Wohnen. Mikrozensus Zusatzerhebung 2010. Bestand und Struktur der Wohneinheiten. Wohnsituation der Haushalte. DStatis, Fachserie 5, H. 1, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013): Unfallentwicklung auf deutschen Straßen 2012. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 10. Juli 2013 in Berlin, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt: Personal in Pflegeeinrichtungen, URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Tabellen/PersonalPflegeeinrichtungen.html> [Stand 15.12.2013]

Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2014 – Ambulante Pflegedienste; URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste.html>, S. 7 [Stand 06.05.2015]

Tivig, T.; Henseke, G. und Neuhaus, J. (2013): Berufe im Demografischen Wandel – Alterungstrends und Fachkräftegebot. Dortmund

Tivig, T.; Korb, C.; Neuhaus, J.; Sondermann, F.; Antje, O. und Holm, H. (Hg.) (2012): Lebenssituation Älterer in Mecklenburg-Vorpommern heute. Universität Rostock, Department AGIS (=Kommissionsdrucksache 6/7neu)

TNS Emnid (2011): Wohnwünsche im Alter. Grafik Report. Im Auftrag von Deutscher Mieterbund (DMB), Deutsche Gesellschaft für Mauerwerks- und Wohnungsbau e.V. (DGFM), Bewertungssystem Nachhaltiges Bauen (BNB) und Bundesamt für Migration (BFM). Bielefeld; URL: <http://www.wohnen-im-alter-nrw.de/content/e1867/e1914/> [Stand 14.03.2014]

TNS Infratest Sozialforschung (2005): Altersvorsorge in Deutschland 2005 (AVID 2005). Forschungsprojekt im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Berlin

TNS Infratest Sozialforschung (2011): Alterssicherung in Deutschland 2011 (ASID 2011). Forschungsbericht 431/Z des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. München

TÜV Rheinland Consulting GmbH (2014): Bericht zum Breitbandatlas Mitte 2014 im Auftrag Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI), Stand Mitte 2014

TÜV Rheinland Studie (2011): Wohnen im Alter. Ergebnispräsentation 04. August 2011

Universitätsmedizin Greifswald/Institut für Community Medicine (ICM), Universität Greifswald/Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät und Hochschule Neubrandenburg/Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management (2014): Alter und Gesundheit/Pflege – Der demografische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern und die Konsequenzen für die Gesundheit, medizinische Versorgung und Pflege. Grundlagenexpertise. Und Anhang. Greifswald und Neubrandenburg (=Kommissionsdrucksache 6/33-1 Fassung 07.10.2014 und Kommissionsdrucksache 6/33-2)

Wilde, M. (2014): Mobilität und Alltag. Einblicke in die Mobilitätspraxis älterer Menschen auf dem Land. Studien zur Mobilitäts- und Verkehrsforschung, Bd. 25, Wiesbaden

E Anhang**E.1 Beratungsverlauf**1. Sitzung am 13. April 2012

- Konstituierung der Kommission und allgemeine Aussprache zum Aufgabengebiet und zur Arbeitsweise

2. Sitzung am 30. Mai 2012

- Allgemeine Aussprache zum Aufgabengebiet und zur Arbeitsweise der Kommission
- Beschlussfassung zur Auftragsvergabe einer Grundlagenexpertise „Lebenssituation Älterer in Mecklenburg-Vorpommern heute“

3. Sitzung am 24. August 2012

- Unterrichtung durch die Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern „Strategiebericht der IMAG Demografischer Wandel“
Dr. Pirko Kristin Zinnow, Leiterin des Referats 120 – Politische Grundsatzfragen, Planung, Demografie der Staatskanzlei Mecklenburg-Vorpommern

4. Sitzung am 12. Oktober 2012

- Vorstellung der Grundlagenexpertise „Lebenssituation Älterer in Mecklenburg-Vorpommern heute“
Prof. Dr. Thusnelda Tivig, Department AGIS Altern des Individuums und der Gesellschaft an der Interdisziplinären Fakultät der Universität Rostock

5. Sitzung am 16. November 2012

- Auswertung der Grundlagenexpertise „Lebenssituation Älterer in Mecklenburg-Vorpommern heute“
- Auswertung der Übersicht der Ziele und Maßnahmen aus dem „Strategiebericht der IMAG Demografischer Wandel“
- Berichterstattung des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern „Bevölkerungsprognosen für MV“ unter Einbeziehung der Vierten (aktualisierten) Bevölkerungsprognose
Hermann Brinkmann, Leiter des Referats 440 - Raumstruktur, Rauminformation, raumordnerische Belange der Daseinsvorsorge und Demografie des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung

6. Sitzung am 30. November 2012

- Berichterstattung des Ministeriums für Wirtschaft, Bau und Tourismus „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“
Dr. Edith Nolte, Referat 500 - Wohnungswesen und soziale Wohnraumförderung, Beteiligungen, Bauwirtschaft
- Beschlussfassung zur Erstellung einer Grundlagenexpertise „Wohnen im Alter“

7. Sitzung am 18. Januar 2013

- Berichterstattung der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern „Mecklenburg-Vorpommern-Monitor 2012“ mit dem Schwerpunkt Demografischer Wandel
Andreas Timm, Regierungssprecher der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern

8. Sitzung am 15. März 2013

- Berichterstattung des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales zum Themenfeld „Alter und Gesundheit/Pflege“, Teil A: Pflege
Frank Mecklenburg, Leiter des Referats 430 - Belange pflegebedürftiger Menschen
- Beschlussfassung zur Expertenanhörung „Einkommens- und Vermögenssituation Älterer in Mecklenburg-Vorpommern“

9. Sitzung am 12. April 2013

- Berichterstattung des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales zum Themenfeld „Alter und Gesundheit/Pflege“, Teil B: Gesundheit
Dr. Sybille Scriba, Leiterin Abteilung 3 – Gesundheit und Arbeitsschutz und Heinz Wagner, Referent
- Beratung zum Thema „Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern“
- Beschlussfassung zur Expertenanhörung zum Themenfeld „Wohnen im Alter“

10. Sitzung am 19. April 2013

- Berichterstattung des Finanzministeriums zum Thema „Mittelfristige Finanzplanung mit besonderer Berücksichtigung der Herausforderungen im Hinblick auf „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“
Peter Bäumer, Staatssekretär
- Beschlussfassung zur Grundlagenexpertise zum Themenfeld „Alter und Gesundheit/Pflege“
- Beschlussfassung zur Repräsentativbefragung „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“

11. Sitzung am 7. Juni 2013

- Anhörung zum Thema „Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Älteren in Mecklenburg-Vorpommern“
Prof. Dr. Joachim Ragnitz, Ifo Institut
Dr. Markus M. Grabka, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (DIW)
Dr. Klaus Kortmann, TNS Infratest Sozialforschung
Brigitte Loose, Deutsche Rentenversicherung (DRV)
Dr. habil. pol. Hanna Haupt, sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e.V.
Brigitte Paetow, Landessenorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern e.V.

12. Sitzung am 14. Juni 2013

- Vorstellung der ersten Ergebnisse aus der Grundlagenexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“, Teil A
Professor Dr. Peter Dehne, Hochschule Neubrandenburg
- Beratung zum Thema „Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Älteren in Mecklenburg-Vorpommern“

13. Sitzung am 30. August 2013

- Vorstellung der Repräsentativbefragung zu „Bedarflagen Älterer und Bedingungen für ein selbstständiges Leben im Alter“
Ursula Kremer-Preiß, Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)/TNS Emnid
- Bericht zum Themenfeld „Wohnen im Alter“, unter anderem „Neue Dorfmitte“ und Raumkategorien im Landesentwicklungsprogramm 2015
Hermann Brinkmann, Leiter des Referats 440 – Raumstruktur, Rauminformation, raumordnerische Belange der Daseinsvorsorge und Demografie des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung

14. Sitzung am 27. September 2013

- Berichterstattung des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung zum Themenfeld „Mobilität im Alter“
Dr. Reinhard Wulfhorst, Leiter des Referats 200 - Verkehrspolitik
Katrin Appel, Leiterin des Referats 220 - Eisenbahn und Öffentlicher Personennahverkehr

- Vorstellung des Gesamtkonzepts der BioCon Valley GmbH/Kuratorium für Gesundheitswirtschaft des Landes Mecklenburg-Vorpommern „Lebensmodell ländlicher Raum – Gesund altern im Land der Generationen“
Kerstin Hintze, Projektmanagement
Friedrich Wilhelm Bluschke, Strategiegruppe III
15. Sitzung am 25. Oktober 2013
- Vorstellung der Grundlagenexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“, Teil B
Ursula Kremer-Preiß, Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)
 - Beschlussfassung zur Grundlagenexpertise zum Themenfeld „Mobilität im Alter“
16. Sitzung am 8. November 2013
- Berichterstattung des Ministeriums für Landwirtschaft, Umwelt und Verbraucherschutz zum Thema „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“
Dr. Jürgen Buchwald, stellv. Staatssekretär
17. Sitzung am 29. November 2013
- Anhörung zum Themenfeld „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“
Prof. Dr. Peter Dehne, Hochschule Neubrandenburg, Fachgebiet Bau- und Planungsrecht
Dipl.-Ing. agr. Andrea Birgit Soboth, IfR Institut für Regionalmanagement GbR, Projektbüro Hessen
Dr. Andrea Töllner und Katrin Hodler, Niedersachsenbüro „Neues Wohnen im Alter“, Hannover
Dipl.-Ökonom Matthias Günther, Vorstand ISP Eduard Pestel Institut für Systemforschung e. V.
André Huysmann, Geschäftsführer APEX Mecklenburg-Vorpommern
Frank Benischke, Geschäftsführer Neubrandenburger Wohnungsgesellschaft mbH
Jörg Overschmidt, Quartiersmanager Stadtteilbüro Schmarl, Rostocker Gesellschaft für Stadterneuerung, Stadtentwicklung und Wohnungsbau mbH
Doris Hildebrandt, Vorsitzende Deutscher Mieterbund, Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e. V.
18. Sitzung am 24. Januar 2014
- Vorträge zum Thema „Ländlicher Raum in Mecklenburg-Vorpommern“
Dr. Reiner Klingholz, Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung
Professor Udo Onnen-Weber, Hochschule Wismar
19. Sitzung am 7. März 2014
- Anhörung zum Thema „Projekte und Strategien im Rahmen des Aktionsprogramms regionale Daseinsvorsorge“
Prof. Dr. Peter Dehne und Johann Kaether, Hochschule Neubrandenburg
Tanja Blankenburg, Regionaler Planungsverband Westmecklenburg
20. Sitzung am 28. März 2014
- Beschlussfassung Erster Zwischenbericht
21. Sitzung am 4. April 2014
- Berichterstattung des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur zum Themenfeld „Bildung und Arbeit im Alter“
Sebastian Schröder, Staatssekretär, und Birte Hallmann, Referentin
Ines Schmidt, Direktorin des Volkshochschulverbandes Mecklenburg-Vorpommern

22. Sitzung am 9. Mai 2014

- Besichtigung und Erläuterung der Ausstellung des Technologiezentrums Greifswald: „Ambient-Assisted-Living“-Systeme
Dr. Wolfgang Blank, Geschäftsführer Biotechnikum und Technologiezentrum Vorpommern
Jenny Kempka, Projektleiterin Technologiezentrum Vorpommern
André Huysmann, Geschäftsführer APEX-MV
Horst Ungelenk, Vertreter Seniorenbeirat Mecklenburgische Seenplatte
- „Gesichertes Leben im Alter“ – Vorstellung von Aktivitäten und Vorhaben des Landkreises Vorpommern-Greifswald
Dirk Scheer, Beigeordneter und Dezernent im Landkreis Vorpommern-Greifswald

23. Sitzung am 20. Juni 2014

- Bericht des Chefs der Staatskanzlei Dr. Christian Frenzel „Ehrenamtsstiftung Mecklenburg-Vorpommern“
- Bericht der Herbert Quandt-Stiftung „Engagement und Teilhabe im Alter“
Dr. Christof Eichert, Gf. Vorstand
- Bericht des Ministeriums für Landwirtschaft, Umwelt und Verbraucherschutz, RefL Lutz Scherling, „Regionale Schrumpfung gestalten“

24. Sitzung am 27. Juni 2014

- Impulsbeiträge zum Themenfeld „Mobilität im Alter“
Prof. Dr. Georg Rudinger, Geschäftsführer des Zentrums für Alternskulturen (ZAK), Bonn
Bauass. Dipl.-Ing. Juliane Krause, plan & rat – Büro für kommunale Planung und Beratung, Braunschweig
Dipl.-Geogr. Frank Hunsicker, Fachgebietsleiter "Mobilität im Wandel", InnoZ – Innovationszentrum für Mobilität und gesellschaftlichen Wandel GmbH, Berlin
Helmut Bode, Vorsitzender des Fahrlehrerverbandes M-V e. V.

25. Sitzung am 12. September 2014

- Vorstellung der ersten Ergebnisse aus der Grundlagenexpertise des Deutschen Institutes für Urbanistik (Difu) gGmbH/plan:mobil zum Themenfeld „Mobilität im Alter“
Dr. phil. Jürgen Gies und Dipl.-Geogr. Jörg Thiemann-Linden, Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH (Difu), Berlin, Bereich Mobilität und Infrastruktur
Dr.-Ing. Timo Barwisch, Planungsbüro plan:mobil, Verkehrskonzepte & Mobilitätsplanung, Kassel

26. Sitzung am 10. Oktober 2014

- Bericht der Ministerin für Arbeit, Gleichstellung und Soziales zum Themenfeld „Bildung und Arbeit im Alter“
Birgit Hesse, Ministerin, und Dr. Antje Draheim, Abteilungsleiterin
- Vorstellung der Ergebnisse der gemeinsam erstellten Grundlagenexpertise der Universitätsmedizin Greifswald, der Universität Greifswald und der Hochschule Neubrandenburg zum Themenfeld „Alter und Gesundheit/Pflege“
Prof. Dr. Roman F. Oppermann, Hochschule Neubrandenburg
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann und PD Dr. Neeltje van den Berg, Universitätsmedizin Greifswald

27. Sitzung am 7. November 2014

- Vorstellung des Modellprojektes „Dorfkümmerer“, Brandenburg, Frau Anna-Dorothea Werner
Anna-Dorothea Werner, Social Impact gGmbH
- Bericht der Demografiebeauftragten der Stadt Bielefeld, Frau Susanne Tatje

- Beschlussfassung über die Vergabe einer Grundlagenexpertise zum Themenfeld „Bildung und Arbeit im Alter“

28. Sitzung am 28. November 2014

- Bericht durch den Chef der Staatskanzlei Dr. Christian Frenzel „Stand der Vorbereitung der Ehrenamtsstiftung“
- Bericht des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung und Anhörung der Kreise und kreisfreien Städte zur Fortschreibung des Landesraumentwicklungsprogrammes
Petra Schmidt-Kaden, Stv. Abteilungsleiterin und Referatsleiterin für Grundsatzangelegenheiten der Raumordnung, Belange der Regionalplanung, europäische Raumordnung des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung
Ralf Drescher, Landrat des Landkreises Vorpommern-Rügen
Rolf Christiansen, Landrat des Landkreises Ludwigslust-Parchim
Burkhard Preißler, Abteilungsleiter Kreisentwicklung, Landkreis Vorpommern-Greifswald
Dr. Wolfgang Kraatz, 1. Stv. des Landrates des Landkreises Rostock
Klaus Wagner, SB Kreisplanung, Landkreis Mecklenburgische Seenplatte

29. Sitzung am 5. Dezember 2014

- Vorstellung der Ergebnisse der Grundlagenexpertise des Deutschen Institutes für Urbanistik (Difu) gGmbH/plan:mobil zum Themenfeld „Mobilität im Alter“
Dr. phil. Jürgen Gies und Dipl.-Geogr. Jörg Thiemann-Linden, Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH (Difu), Berlin, Bereich Mobilität und Infrastruktur
Dr.-Ing. Timo Barwisch und Dipl.-Geogr. Frank Büsch, Planungsbüro plan:mobil, Verkehrskonzepte & Mobilitätsplanung, Kassel
- Beschlussfassung über eine weitere Anhörung zum Themenfeld „Mobilität im Alter“

30. Sitzung am 16. Januar 2015

- Vorstellung erster Ergebnisse der Grundlagenexpertise der HGC GesundheitsConsult GmbH zum Themenfeld „Alter und Gesundheit/Pflege“
Dr. Christoph Bischoff-Everding, Geschäftsführer, und Dr. Tristan Gloede
- Beschlussfassung über die Vergabe einer Grundlagenexpertise zum Themenfeld „Bürgerschaftliches Engagement und gesellschaftliche Teilhabe“

31. Sitzung am 23. Januar 2015

- Anhörung zum Themenfeld „Mobilität im Alter“
Dipl.-Ing. Christoph Gipp, Bereichsleiter Mobilität, IGES Institut GmbH, Berlin
RA Dr. Hubertus Baumeister, BBG und Partner, Partnerschaftsgesellschaft mbB, Bremen
Wieland Brohm, ETC Transport Consultants GmbH, Berlin
Dr. Bernd Schuster, Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Energie, Verkehr und Landesentwicklung, Wiesbaden
Christoph von Kaufmann, Leiter des Regionalen Planungsverbandes Mecklenburgische Seenplatte, Neubrandenburg
Stephan Lösel, Geschäftsführer NAHBUS Grevesmühlener Busbetriebe GmbH, Grevesmühlen
Marco Thiele, Leiter Angebotsplanung, rebus Regionalbus Rostock GmbH, Güstrow
Andreas Helms, Geschäftsführer Verkehrsgesellschaft Ludwigslust-Parchim mbH, Hagenow
Prof. Dr. Dr. Helmut G. Pratzel, Kreissenorenbeirat Mecklenburgische Seenplatte, Sarow
Hans Schommer, Bürgermeister der Gemeinde Hohenbollentin

32. Sitzung am 27. Februar 2015

- Vorstellung der Ergebnisse der Grundlagenexpertise der HGC GesundheitsConsult GmbH zum Themenfeld „Alter und Gesundheit/Pflege“

- Dr. Christoph Bischoff-Everding, Geschäftsführer, und Dr. Tristan Gloede
- Beschlussfassung über eine Anhörung zum Themenfeld „Alter und Gesundheit/Pflege“
33. Sitzung am 6. März 2015
- Bericht der Körber-Stiftung zum Themenfeld „Bildung und Arbeit“
Karin Haist, Leiterin des Bereiches „Gesellschaft“ der Körber-Stiftung, Hamburg
 - Bericht der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen Mecklenburg-Vorpommern e. V. „Gesundheitliche Selbsthilfestrukturen in Mecklenburg-Vorpommern“
Sabine Klemm, Vorsitzende
Anke Landgraf, KISS-Leitung Stralsund
34. Sitzung am 27. März 2015
- Anhörung zum Themenfeld „Alter und Gesundheit/Pflege“
Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Dr. med. Thorsten Wygold, Ärztlicher Vorstand, Universitätsmedizin Greifswald
Henning Kutzbach, Barmer GEK, Schwerin
Dr. Reinhard Wosniak, Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Prof. Dr. rer. biol. hum. Hans-Joachim Goetze, Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management: Pflegewissenschaft
Dr. med. Andreas Crusius, Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Rostock
Friedrich Eydam, BIGS – Bildungsinstitut für Gesundheits- und Sozialberufe gGmbH, Stralsund
35. Sitzung am 10. April 2015
- Anhörung zum Themenfeld „Alter und Gesundheit/Pflege“
Helmut Hildebrandt, Vorstand der OptiMedis AG, Hamburg
Dr. Anke-Britt Möhr, Geschäftsführerin Stationäre Versorgung/Sonstige Leistungserbringer der AOK Nordost
Dr. Martin Albrecht, Geschäftsführer Gesundheitspolitik am IGES Institut GmbH, Berlin
Bernhard Faller, Quaestio – Forschung & Beratung, Bonn
Dr. Falko Milski, Landesvorsitzender des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern, Ribnitz-Damgarten
Sven Wolfram, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Landesgeschäftsstelle Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin
Dr. Dr. Georg Engel, Präsident der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin
Wolfgang Loos, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin e. V. und Telemedizin in Mecklenburg-Vorpommern
36. Sitzung am 29. Mai 2015
- Bericht von Christa Beermann, Demografiebeauftragte des Ennepe-Ruhr-Kreises, zum Thema „Vereinbarkeit Angehörigenpflege und Beruf“
 - Bericht von Prof. Dr. Heidrun Herzberg und Kathrin Bernateck, Hochschule Neubrandenburg, über erste Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt „Innovative Versorgungsmodelle in Woldegk und Mirow“
 - Beschlussfassung über die Vergabe einer Grundlagenexpertise zum Themenfeld „Infrastruktur und Daseinsvorsorge“
37. Sitzung am 19. Juni 2015
- Bericht des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung zur Fortschreibung des Landesraumentwicklungsprogrammes

- Lothar Säwert, Abteilungsleiter Abteilung 4 - Landesentwicklung
- Bericht des nicht parlamentarischen Kommissionsmitglieds Dr. Wolfgang Weiß „Alternde Gesellschaft und lebenslanges Lernen“
38. Sitzung am 26. Juni 2015
- Bericht des Staatssekretärs David Langner, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz „Deutschlands erstes Demografieministerium – Wie Rheinland-Pfalz den Wandel gestaltet“
 - Beschlussfassung über Handlungsempfehlungen zum Themenfeld „Mobilität im Alter“
39. Sitzung am 18. September 2015
- Vorstellung der Ergebnisse Grundlagenexpertise des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung e.V., Leibniz-Zentrum für Lebenslanges Lernen zum Themenfeld „Bildung im Alter“
Prof. Dr. Klaus Schömann, Carolin Knauber und Ingrid Ambos
 - Beschlussfassung über eine Anhörung zum Themenfeld „Bildung im Alter“
40. Sitzung am 9. Oktober 2015
- Vorstellung der Grundlagenexpertise des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung e.V., Leibniz-Zentrum für Lebenslanges Lernen zum Thema „Arbeit im Alter“
Prof. Dr. Klaus Schömann und Dr. Christoph Hilbert
 - Beschlussfassung über eine Anhörung zum Thema „Arbeit im Alter“
41. Sitzung am 6. November 2015
- Anhörung zum Thema „Bildung im Alter“
Landesring M-V des Deutschen Seniorenringes e. V., Helga Bomplitz
Bildungslandschaft Vorpommern-Greifswald, Landkreis Vorpommern-Greifswald, Bildung und Schulentwicklungsplanung, Karin Peter
Bernostiftung, Katholische Stiftung für Schule und Erziehung in Mecklenburg und Schleswig-Holstein, Thomas Weßler
 - Vorstellung einer Grundlagenexpertise zum Themenfeld „Bürgerschaftliches Engagement und Gesellschaftliche Teilhabe“
Dr. Christine von Blanckenburg, nexus – Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung
Silke Marzluff, Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung (ZZE)
 - Beschlussfassung über eine Anhörung zum Thema „Arbeit im Alter“
 - Beschlussfassung über eine Anhörung zum Themenfeld „Bürgerschaftliches Engagement und Gesellschaftliche Teilhabe“
42. Sitzung am 13. November 2015
- Anhörung zum Thema „Arbeit im Alter“
Dr. Volker Kotte, IAB Nord – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
Lothar Wilken, Vereinigung der Unternehmerverbände M-V
Christian Münch, SIHK zu Hagen – Südwestfälische Industrie- und Handelskammer zu Hagen
 - Information durch den Ministerpräsidenten Erwin Sellering und den Geschäftsführer der Stiftung Jan Holze „Stiftung für Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement in Mecklenburg-Vorpommern“

E.2 Liste der Kommissionssitzungen

| Nr. der Sitzung | Datum | Ort |
|-----------------|--------------------|---|
| 6/1 | 13. April 2012 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/2 | 30. Mai 2012 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/3 | 24. August 2012 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/4 | 12. Oktober 2012 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/5 | 16. November 2012 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/6 | 30. November 2012 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/7 | 18. Januar 2013 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/8 | 15. März 2013 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/9 | 12. April 2013 | Ludwig-Bölkow-Haus (IHK zu Schwerin) |
| 6/10 | 19. April 2013 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/11 | 7. Juni 2013 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/12 | 14. Juni 2013 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/13 | 30. August 2013 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/14 | 27. September 2013 | Ludwig-Bölkow-Haus (IHK zu Schwerin) |
| 6/15 | 25. Oktober 2013 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/16 | 8. November 2013 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/17 | 29. November 2013 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/18 | 24. Januar 2014 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/19 | 7. März 2014 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/20 | 28. März 2014 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/21 | 4. April 2014 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/22 | 9. Mai 2014 | Biotechnikum Greifswald |
| 6/23 | 20. Juni 2014 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/24 | 27. Juni 2014 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/25 | 12. September 2014 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/26 | 10. Oktober 2014 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/27 | 7. November 2014 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/28 | 28. November 2014 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/29 | 5. Dezember 2014 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/30 | 16. Januar 2015 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/31 | 23. Januar 2015 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/32 | 27. Februar 2015 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/33 | 6. März 2015 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/34 | 27. März 2015 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/35 | 10. April 2015 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/36 | 29. Mai 2015 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/37 | 19. Juni 2015 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/38 | 26. Juni 2015 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/39 | 18. September 2015 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/40 | 9. Oktober 2015 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/41 | 6. November 2015 | Plenarsaal des Schlosses |
| 6/42 | 13. November 2015 | Plenarsaal des Schlosses |

E.3 Liste der Kommissionsdrucksachen

| Drucksache Nr. | Inhalt |
|----------------|--|
| 6/1 | Fragenkatalog/Fragestellungen zur Lebenssituation Älterer zu TOP 1 der 2. Sitzung am 30. Mai 2012 |
| 6/2 | Fragenkatalog/Fragestellungen zur Lebenssituation Älterer zu TOP 1 der 2. Sitzung am 30. Mai 2012 |
| 6/3 | Fragenkatalog/Fragestellungen zu TOP 1 der 2. Sitzung am 30. Mai 2012 |
| 6/4 | „Jedes Alter zählt“ – Die Demografiestrategie der Bundesregierung |
| 6/5 | Stellungnahme des Landessenorenbeirates Mecklenburg-Vorpommern e. V. im Rahmen der Ressortanhörung zum Entwurf des Strategieberichts der IMAG Demografischer Wandel der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern vom 10. Januar 2011 zu TOP 1 der 3. Sitzung am 24. August 2012 |
| 6/6 | Diskussionspapier der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und des Landesfrauenrates Mecklenburg-Vorpommern e. V. für Zielbestimmung und Arbeitsweise der Arbeit der Enquete-Kommission des Landtages Mecklenburg-Vorpommern „Älter werden in MV“ zu TOP 2 der 3. Sitzung am 24. August 2012 |
| 6/7 | Grundlagenpapier „Lebenssituation Älterer in Mecklenburg-Vorpommern heute“ Department AGIS „Altern des Individuums und der Gesellschaft“ der Universität Rostock |
| 6/7(neu) | überarbeitetes Grundlagenpapier „Lebenssituation Älterer in Mecklenburg-Vorpommern heute“ Department AGIS „Altern des Individuums und der Gesellschaft“ der Universität Rostock |
| 6/8 | Übersicht der Ziele und Maßnahmen des Strategieberichts der IMAG Demografischer Wandel |
| 6/8(neu) | Übersicht der Handlungsfelder, Ziele und Maßnahmen des Strategieberichts der IMAG Demografischer Wandel |
| 6/9 | Schreiben der Obleute der Fraktionen der SPD, der CDU, DIE LINKE und Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN |
| 6/9(neu) | Schreiben der Obleute der Fraktionen der SPD, der CDU, DIE LINKE und Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN |
| 6/10 | Schreiben des Parlamentarischen Geschäftsführers der NPD-Fraktion Verfahrensvorschläge zur Arbeit der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ |
| 6/11 | Entwurf einer Beschlussvorlage zum Gutachterauftrag Grundlagenexpertise zum Themenfeld „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“ |
| 6/12 | Termine u. Themen der Enquete-Kommission für 2012 und 2013 |
| 6/12(neu) | Termine u. Themen der Enquete-Kommission für 2013 |
| 6/13 | Beobachtungsstelle für gesellschaftliche Entwicklungen in Europa - Wohnen im Alter in Europa – Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen |
| 6/14 | Aktualisierte 4. Landesprognose zur Bevölkerungsentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern bis 2030, Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2012 |
| 6/15 | Stellungnahme des Landessenorenbeirates Mecklenburg-Vorpommern |

| | |
|------|--|
| | e. V. zur Grundlagenexpertise „Lebenssituation Älterer in Mecklenburg-Vorpommern heute“ (zu TOP 1 der 7. Sitzung am 18. Januar 2013) |
| 6/16 | Stellungnahme des Sozialverbandes VdK Mecklenburg-Vorpommern e. V. zur Grundlagenexpertise „Lebenssituation Älterer in Mecklenburg-Vorpommern heute“ |
| 6/17 | Schreiben des Wirtschaftsministeriums vom 22. März 2013: Bericht zum Thema „Wohnen im Alter“ (zur Kommissionssitzung vom 30. November 2012) |
| 6/18 | Schreiben des Wirtschaftsministeriums vom 4. April 2013, hier: Aktivitäten des Ministeriums für Wirtschaft, Bau und Tourismus im Bereich Gesundheitswirtschaft |
| 6/19 | „Gesundes Alter(n) in Mecklenburg-Vorpommern“ – Expertise „Wohnen im Alter“, BioCon Valley GmbH |
| 6/20 | Schreiben des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur Mecklenburg-Vorpommern vom 21. Mai 2013, hier: Aktivitäten des Ministeriums |
| 6/21 | Gegenstände der zum Themenfeld „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“ vergebenen Aufträge (vgl. 8. Sitzung vom 15. März 2013, TOP 2) |
| 6/22 | Grundlagenexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“, Teil A: Auswirkungen der demografischen, siedlungs- und infrastrukturellen Veränderungen, Vorabzug Endbericht, Hochschule Neubrandenburg |
| 6/23 | Endbericht „Altengerechter Umbau der Infrastruktur: Investitionsbedarf der Städte und Gemeinden“, Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH 2015 |
| 6/24 | Grundlagenexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“, Teil B: Bewertung der aktuellen Strukturen und Rahmenbedingungen vor dem Hintergrund der zukünftigen Herausforderungen, Endbericht, Kuratorium Deutsche Altershilfe Köln |
| 6/25 | Grundlagenexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“, Teil A: Auswirkungen der demografischen, siedlungs- und infrastrukturellen Veränderungen, Endbericht, Hochschule Neubrandenburg |
| 6/26 | Beschlussvorlage für die Beauftragung einer Grundlagenexpertise zum Themenfeld „Mobilität im Alter“ |
| 6/27 | EU-Subsidiaritätsfrühwarnsystem, hier: Vorschlag für einen Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates über die Beteiligung der Union an dem von mehreren Mitgliedsstaaten gemeinsam durchgeführten Forschungs- und Entwicklungsprogramm „Aktives und unterstütztes Leben“ |
| 6/28 | Stellungnahme der WOBAU Wohnungsbau GmbH Parchim „Wohnen im Alter in Parchim“ – Spezifische Wohnsituation bei der WOBAU Wohnungsbau GmbH Parchim |
| 6/29 | Beratung zum Wohnen im Alter und bei Behinderung mit Unterstützung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – Empfehlungen – sowie Auswertung der Dokumentation der Wohnberatung – Juni 2010 bis Mai 2011 –, NIEDERSACHSEN-BÜRO NEUES WOHNEN IM ALTER |

| | |
|---------------------------------|--|
| 6/30 | Entwurf des Vorsitzenden Jörg Heydorn für einen Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ - Lebenssituation Älterer - Wohnen im Alter |
| 6/31 | Sondervotum der Fraktion DIE LINKE, Sondervotum der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Sondervotum der Fraktion der NPD zum Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ - Lebenssituation Älterer - Wohnen im Alter |
| 6/32 | Gegenstände der zum Themenfeld „Alter und Gesundheit/Pflege“ vergebenen Aufträge |
| 6/33-1 Fassung 07.10.2014 | Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“ der Universität Greifswald, der Universitätsmedizin Greifswald, der Hochschule Neubrandenburg – Fassung 07. Oktober 2014 |
| 6/33-2 | Anhang zur Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“ der Universität Greifswald, der Universitätsmedizin Greifswald, der Hochschule Neubrandenburg |
| 6/34 | Beschlussvorlage für die Beauftragung einer Grundlagenexpertise zum Themenfeld „Bildung und Arbeit im Alter“ |
| 6/34(neu) | Beschlossene Fassung der Beschlussvorlage für die Beauftragung einer Grundlagenexpertise zum Themenfeld „Bildung und Arbeit im Alter“ |
| 6/35 | Entwurf der Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“ (Teil 1) sowie Appendix: Status quo der Versorgungssituation in MV der HGC GesundheitsConsult GmbH |
| 6/35(neu) | Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“ (Teil 1) sowie Appendix: Status quo der Versorgungssituation in MV der HGC GesundheitsConsult GmbH |
| 6/36 | Abschlussbericht Grundlagenexpertise „Mobilität im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“ Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH (Difu) und plan:mobil, Verkehrskonzepte & Mobilitätsplanung |
| 6/37 | Beschlussvorlage für die Beauftragung einer Grundlagenexpertise zum Themenfeld „Bürgerschaftliches Engagement/Gesellschaftliche Teilhabe“ |
| 6/038 | Entwurf der Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“ (Teil 2): Pflege und Prävention der HGC GesundheitsConsult GmbH |
| 6/038(neu) | Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“ (Teil 2): Pflege und Prävention der HGC GesundheitsConsult GmbH |
| 6/039 | Dokumentation zum Fachkolloquium „Handlungsansätze für strukturschwache Ländliche Räume in Mecklenburg-Vorpommern“ des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung |
| 6/040 | Stellungnahme der Volkssolidarität Uecker-Randow e. V. zur Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“ (Teil 1) sowie Appendix: Status quo der Versorgungssituation in MV der HGC GesundheitsConsult GmbH, hier: K Drs. 6/35(neu) |
| 6/041 | Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V. zum Entwurf der Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“ (Teil 1) sowie Appendix: Status quo der |

| | |
|------------|--|
| | Versorgungssituation in MV der HGC GesundheitsConsult GmbH, hier: K Drs. 6/35 |
| 6/042 | Netzwerk „Soziales neu gestalten“ (SONG): „Wer pflegt, wenn alle in Rente gehen?“, Alexander Künzel, Vorstandsvorsitzender der Bremer Heimstiftung, Sprecher Netzwerk SONG |
| 6/043 | Projektbausteine künftiger ambulanter geriatrischer Versorgung aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Vortrag: Dr. Reinhard Wosniak |
| 6/044 | Stellungnahme des Landessenorenbeirates Mecklenburg-Vorpommern e. V. zur Fahreignung von Pkw-Fahrern/-innen im Alter ab 65 Jahren im Straßenverkehr sowie Master-Forschungsprojekt der Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management |
| 6/045 | Telemedizinische Versorgungskonzepte in der regionalen Versorgung ländlicher Gebiete, Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie & Community Health, Universitätsmedizin Greifswald, und Institut für Psychologie, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald |
| 6/046 | Entwurf des Vorsitzenden Jörg Heydorn: Zweiter Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“: „Mobilität im Alter“ (Berichtsentwurf ohne Handlungsempfehlungen und Sondervoten) |
| 6/047 | Entwurf des Vorsitzenden Jörg Heydorn: Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission zu „Mobilität im Alter“ |
| 6/048 | Sondervotum der Fraktion der NPD zu den Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission „Mobilität im Alter“ |
| 6/049 | Stellungnahme des Landessportbundes M-V e. V. zu den Themen „Gesundheitsförderung und -prävention“, „Sturzprävention“ und „Mobilität“ |
| 6/050 | Grundlagenexpertise „Bildung und Arbeit im Alter“, Schwerpunktbereich Bildung, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Leibniz-Zentrum für Lebenslanges Lernen e. V. |
| 6/051 | Grundlagenexpertise „Bildung und Arbeit im Alter“, Schwerpunktbereich Arbeit, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Leibniz-Zentrum für Lebenslanges Lernen e. V. |
| 6/051(neu) | Grundlagenexpertise „Bildung und Arbeit im Alter“, Schwerpunktbereich Arbeit, Abschlussbericht, 6. November 2015, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Leibniz-Zentrum für Lebenslanges Lernen e. V. |
| 6/052 | Grundlagenexpertise „Bildung und Arbeit im Alter“, Schwerpunktbereich Bildung, Abschlussbericht, 14. Oktober 2015, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Leibniz-Zentrum für Lebenslanges Lernen e. V. |
| 6/053 | Grundlagenexpertise „Bürgerschaftliches Engagement und Gesellschaftliche Teilhabe“, nexus – Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung GmbH sowie Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung (ZZE) |

E.4 Liste ausgewählter Plenarprotokolle

| Nr. der Sitzung | Protokoll vom |
|------------------------|--|
| 6/8 | Protokoll der 8. Landtagssitzung in der 6. Wahlperiode am 1. Februar 2012 |
| 6/11 | Protokoll der 11. Landtagssitzung in der 6. Wahlperiode am 6. März 2012 |
| 6/68 | Protokoll der 68. Landtagssitzung in der 6. Wahlperiode am 14. Mai 2015 |
| 6/80 | Protokoll der 80. Landtagssitzung in der 6. Wahlperiode am 12. November 2015 |
| 6/81 | Protokoll der 81. Landtagssitzung in der 6. Wahlperiode am 13. November 2015 |

E.5 Liste ausgewählter Landtagsdrucksachen

| Drucksache Nr. | Inhalt |
|-----------------------|--|
| 5/4126 | Unterrichtung durch die Landesregierung: Strategiebericht der IMAG Demografischer Wandel der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern |
| 6/251 | Antrag der Fraktionen der SPD und CDU: Einsetzung einer Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ |
| 6/286 | Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zu dem Antrag der Fraktionen der SPD und CDU -Drucksache 6/251- Einsetzung einer Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ |
| 6/1423 | Unterrichtung durch die Landesregierung: Bericht zur Umsetzung des Landesprogramms „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Landtag Mecklenburg-Vorpommern |
| 6/1820 | Kleine Anfrage der Abgeordneten Silke Gajek, Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Demenzstrategie der Landesregierung und Antwort der Landesregierung |
| 6/1998 | Mittelfristige Finanzplanung 2013 bis 2018 einschließlich Investitionsplanung. Unterrichtung durch die Landesregierung, Finanzministerium Mecklenburg-Vorpommern 2013 |
| 6/2203 | Unterrichtung durch die Landesregierung: Mittelstandsbericht Mecklenburg-Vorpommern 2013 |
| 6/2581 | Antwort der Landesregierung auf Kleine Anfrage der Abgeordneten Karen Stramm, Fraktion DIE LINKE: Lage der Rentnerinnen und Rentner in Mecklenburg-Vorpommern |
| 6/2929 | Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ |
| 6/3418 | Beschlussempfehlung und Bericht des Finanzausschusses (4. Ausschuss) Jahresbericht des Landesrechnungshofes 2013 (Teil 1) |
| 6/3420 | Antrag der Fraktionen der SPD und CDU: Zukunft des Schienenpersonenfernverkehrs sicherstellen |
| 6/3432 | Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Flächendeckende Breitbandversorgung mit mindestens 50 Mbit/s im Land sicherstellen - Strategie für den Breitbandausbau erarbeiten |
| 6/3455 | Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 6/3432 - Flächendeckende Breitbandversorgung mit mindestens 50 Mbit/s im Land sicherstellen - Strategie für den Breitbandausbau erarbeiten |
| 6/3489 | Antwort der Landesregierung auf Kleine Anfrage des Abgeordneten Johannes Saalfeld, Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Breitbandversorgung in Mecklenburg-Vorpommern |

E.6 Liste ausgewählter Bundestagsdrucksachen

| Drucksache Nr. | Inhalt |
|-----------------------|---|
| 15/5015 | Unterrichtung durch die Bundesregierung: Lebenslagen in Deutschland - Zweiter Armuts- und Reichtumsbericht 2005 |
| 17/3815 | Unterrichtung durch die Bundesregierung: Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung (Sechster Altenbericht) 2010 |
| 17/7699 | Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes (Demografiebericht) 2011, Bundesministerium des Inneren (BMI) |
| 17/11741 | Unterrichtung durch die Bundesregierung: Ergänzender Bericht der Bundesregierung zum Rentenversicherungsbericht 2012 (Alterssicherungsbericht 2012), Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) |
| 17/12650 | Unterrichtung durch die Bundesregierung: Lebenslagen in Deutschland - Vierter Armuts- und Reichtumsbericht 2013, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) |
| 18/107 | Unterrichtung durch die Bundesregierung: Jahresbericht der Bundesregierung zum Stand der Deutschen Einheit 2013, Bundesministerium des Inneren (BMI) |