

# 15. LANDTAG VON BADEN-WÜRTTEMBERG

## Enquetekommission

### „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

#### Öffentlicher Teil

7. Sitzung

Freitag, 27. Februar 2015, 10:00 Uhr

Stuttgart, Plenarsaal

(Kunstgebäude)

---

Beginn: 10:00 Uhr      (Mittagspause: 12:36 bis 13:30 Uhr)      Schluss: 15:58 Uhr

---

## T a g e s o r d n u n g

### Teil I – öffentlich

- Anhörung: „Stationäre Altenpflege“ ..... S. 1

### Teil II – öffentlich

- Anhörung: „Akutpflege/-versorgung“ ..... S. 49

**Teil III – nicht öffentlich**

- Allgemeiner Beratungsstoff (Punkte 1 bis 7).....(gesondertes Protokoll)



15. Landtag von Baden-Württemberg  
Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg  
zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

**Öffentliche Anhörung**  
am Freitag, 27. Februar 2015, 10:00 Uhr,  
Plenarsaal (Kunstgebäude)  
„Stationäre Altenpflege“

**Ablaufplan**

Stand: 26.02.2015

<b>Uhrzeit</b>	<b>Referent/in</b>	<b>Funktion/Institution</b>
10:00	<b>Helmut W. Rüeck</b>	Vorsitzender der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“
10:10 bis 10:25	<b>Dr. Peter Messmer</b>	Soziologe und Lehrbeauftragter
<b>20 Minuten Fragerunde</b>		
10:45 bis 11:00	<b>Anja Schilling</b>	Stiftsdirektorin, Kuratorium Wohnen im Alter Bad Krozingen
<b>20 Minuten Fragerunde</b>		
11:20 bis 11:35	<b>Nils Opitz-Leifheit</b>	Vorsitzender der Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Württemberg e. V.
<b>20 Minuten Fragerunde</b>		
11:55 bis 12:10	<b>Dr. Alfons Maurer</b>	Vorstand Paul Wilhelm von Keppeler-Stiftung
<b>20 Minuten Fragerunde</b>		
12:30	<b>Allgemeine Fragerunde</b>	
<b>12:45 Abschluss</b>		



15. Landtag von Baden-Württemberg  
Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg  
zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

**Öffentliche Anhörung**  
am Freitag, 27. Februar 2015, 13:30 Uhr,  
Plenarsaal (Kunstgebäude)  
„Akutpflege/-versorgung“

**Ablaufplan**

Stand: 26.02.2015

Uhrzeit	Referent/in	Funktion/Institution
13:30	<b>Helmut W. Rüeck</b>	Vorsitzender der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“
13:40 bis 13:55	<b>Matthias Einwag</b>	Dipl.-Volkswirt, Hauptgeschäftsführer der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V.
20 Minuten Fragerunde		
14:15 bis 14:30	<b>Prof. Dr. Renate Stemmer</b>	Professorin für Pflegewissenschaft und Pflegemanagement an der Katholischen Hochschule Mainz
20 Minuten Fragerunde		
14:50 bis 15:05	<b>Irene Gölz</b>	Landesfachbereichsleiterin ver.di Baden-Württemberg
20 Minuten Fragerunde		
15:25 bis 15:40	<b>Detlef Friedrich</b>	Geschäftsführer der contec GmbH BioMedizinZentrum Ruhr
20 Minuten Fragerunde		
16:00	<b>Allgemeine Fragerunde</b>	
16:15 Abschluss		

(Beginn des öffentlichen Teils: 10:00 Uhr)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich darf Sie alle sehr herzlich zum ersten Teil eines Mammuttages für die Enquetekommission „Pflege“ begrüßen. Für manche Mitglieder der Enquetekommission ist es schon der zweite Teil; es haben frühmorgens schon Arbeitskreissitzungen stattgefunden. Wir haben heute zwei öffentliche Anhörungen und am späten Nachmittag noch eine nicht öffentliche Sitzung. Deswegen möchte ich auch aus Gründen der Zeitökonomie heute wieder auf lange Vorworte verzichten.

Ich darf Sie alle sehr herzlich begrüßen zur öffentlichen Anhörung der Enquetekommission „Pflege“ zum Thema „Stationäre Altenpflege“. Ich begrüße sehr herzlich die Mitglieder der Enquetekommission, sofern sie schon anwesend oder gerade im Kommen sind, und ganz besonders auch die Sachverständigen bzw. Referenten am heutigen Vormittag. Ich darf begrüßen Herrn Dr. Peter Messmer; er ist Soziologe und Lehrbeauftragter, und vor allem war er über zwanzig Jahre im Sozialministerium Baden-Württembergs für den Bereich Pflege zuständig. Des Weiteren begrüße ich Frau Anja Schilling; sie ist Stiftdirektorin des Kuratoriums Wohnen im Alter in Bad Krozingen. Herrn Arnd von Boehmer muss ich entschuldigen; er ist in der ersten Fassung des Ablaufplans noch aufgeführt. Ich darf aber an seiner Stelle Herrn Nils Opitz-Leifheit sehr herzlich begrüßen; er ist Vorsitzender der Arbeiterwohlwahrt Württemberg. Last, but not least darf ich Herrn Dr. Alfons Maurer begrüßen, Vorstand der Paul Wilhelm von Keppeler-Stiftung.

Ich darf zum Organisatorischen noch ein paar Punkte nennen: Wir haben einen sehr straffen Zeitplan. Ich wende mich hier an die Referenten und an die Mitglieder der Enquetekommission. Die Referenten haben jeweils 15 Minuten Zeit, ihre Standpunkte darzulegen; danach folgt eine 20-minütige Runde mit Fragen der Mitglieder der Enquetekommission.

Für die Sachverständigen: Wenn sich der Uhrzeiger in Richtung der Redezeit von 15 Minuten bewegt, erhalten Sie von mir vorn am Rednerpult ein visuelles Signal: „Redezeit beachten.“ Wenn Sie dann zum Schluss kommen, werde ich kein weiteres Zeichen geben, ansonsten muss ich Sie höflich, aber bestimmt darauf hinweisen, dass die Redezeit beendet ist. Das hat bisher immer ganz gut geklappt. Wie gesagt: Wir haben einen engen Zeitplan; heute Nachmittag findet nämlich dann schon 30 Minuten nach dem geplanten Ende der Anhörung zum Thema „Stationäre Pflege“ die zweite Anhörung für heute statt. So viel der Vorreden.

Ich darf nun Herrn Dr. Peter Messmer ans Rednerpult bitten.

**Sv. Herr Dr. Messmer:** Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank für die Einladung zu dieser Anhörung. Angesichts der vielen Fragen

und einer begrenzten Redezeit werde ich mich in meinem Beitrag vor allem auf infrastrukturelle Aspekte der Pflege in Baden-Württemberg konzentrieren.

Zunächst zur aktuellen und absehbaren Versorgungssituation der stationären Pflege im Land: In den vergangenen 20 Jahren hat sich die Kapazität der baden-württembergischen Pflegeeinrichtungen etwa verdoppelt. Durchschnittlich wurden pro Jahr 2 500 zusätzliche Pflegeheimplätze geschaffen. Dieser Trend hat sich in den vergangenen Jahren abgeschwächt. Der Landespflegeplan geht für das Jahr 2015 von einem Bedarf von 80 000 bis 90 000 Pflegeheimplätzen aus. Eine aktuelle Schätzung der kommunalen Landesverbände geht für das Jahr 2020 von 97 000 bis 107 000 Plätzen aus. Diese Werte beziehen sich jeweils auf die Grundversorgung im Altenhilfebereich, der etwas über 90 % des gesamten stationären Pflegeangebots ausmacht.

Diesem Bedarf steht derzeit ein Bestand von schätzungsweise 95 000 Pflegeplätzen für ältere Menschen gegenüber. Das aktuelle Versorgungsziel wird damit gut erreicht; der künftige Bedarf ist mit zusätzlichen, aber überschaubaren Investitionen und vielleicht auch einer besseren Auslastung der bestehenden Angebote aller Voraussicht nach erreichbar.

Mit dem bisherigen Angebotsausbau war auch eine deutliche Verbesserung der Wohnqualität in den stationären Einrichtungen verbunden. Der Einzelzimmeranteil wurde stetig erhöht. Dieser Trend hat sich in den vergangenen Jahren verstärkt fortgesetzt. Nach Inkrafttreten der Landesheimbauverordnung 2009 ist der Platzbestand in den Mehrbettzimmern bis zum Jahresende 2013 – also allein in vier Jahren – um weitere knapp 5 000 Plätze zurückgegangen. Gleichzeitig hat sich der Gesamtplatzbestand in diesem Zeitraum um etwa 4 000 Plätze erhöht. Der durch Landesrecht bedingte Platzabbau in Mehrbettzimmern scheint also durchaus kompensierbar zu sein.

Aspekte eines „baden-württembergischen Weges“: Es gibt in Baden-Württemberg in der pflegerischen Versorgung nichts, was es anderswo nicht auch gäbe. Aber die hohe Priorität, die konsequente Umsetzung und die weitreichende Förderung bestimmter Ziele der Infrastrukturentwicklung sind doch landesspezifische Besonderheiten. Vor allem drei Besonderheiten sind nicht nur rückblickend für die Leistungsbilanz, sondern auch vorausschauend für die Zukunftsperspektiven im Land relevant. Als Erstes ist hier die regionale Ausdifferenzierung des stationären Leistungsspektrums zu nennen. Die Sicherung möglichst wohnortnaher, gemeinde- und stadteilbezogener Angebotsstrukturen war immer eine wichtige sozialpolitische Zielsetzung auf Landesebene wie auf kommunaler Ebene. Angestrebt und auch weitgehend erreicht wurde eine gleichmäßige und gleichwertige Versorgung in möglichst allen Landesteilen. Dies ermöglicht den pflegebedürftigen Menschen auch bei einem stationären Hilfebedarf die Beibehaltung ihres bisherigen Lebensmittelpunkts – nicht in der eigenen Wohnung, aber doch in räumlicher Nähe.

Für die weitere Infrastrukturentwicklung bieten vor allem ambulant organisierte Pflegeheime wie auch ambulant betreute Wohngemeinschaften Entwicklungschancen. Mit

diesen Wohngemeinschaften könnte der baden-württembergische Weg einer kleinräumigen, wohnortnahen Versorgung noch kleinräumiger fortgesetzt werden. Das wäre insbesondere mit Chancen für kleinere Gemeinden im ländlichen Raum verbunden; in den Städten könnten diese Wohngemeinschaften quartiersbezogene Pflegeprojekte voranbringen.

Der zweite Entwicklungstrend, den ich hervorheben möchte, bezieht sich auf Bestrebungen zur Normalisierung des Alltags in der Pflege. Angestrebt werden möglichst „normale“ Lebensumstände, so, wie sie auch für Privathaushalte üblich sind. Zentrale Bezugspunkte für die Betreuungs-, aber auch die Bau- und Raumkonzepte sind Individualität, Autonomie, Teilhabe und Privatheit. Die stationäre Pflege ist dann vorrangig ein Wohnangebot, das sich von anderen Wohnangeboten lediglich durch Art und Intensität der damit verbundenen Dienstleistungen unterscheidet. Die Trennung zwischen „ambulant“ und „stationär“ bringt insoweit keinen substanziellen, sondern allenfalls einen graduellen Unterschied zum Ausdruck.

Der Normalisierungsansatz schließt auch die Sicherung von Bürgerrechten ein. Pflegebedürftige sind danach in erster Linie Bürger, die sich von Menschen ohne Pflegebedarf nicht unterscheiden, auch nicht im Hinblick auf ihre Rechte, und hierzu gehört ein Recht auf Wohnen, auf Wohnraum. Die Verfügbarkeit von Wohnraum befriedigt ein elementares menschliches Bedürfnis; davon, wie wir wohnen, hängt unsere Lebensqualität entscheidend ab. Ein wesentliches Merkmal von Wohnraum wiederum ist die Verfügbarkeit einer geschützten Privatsphäre. Die Pflegeinfrastrukturentwicklung muss daher, wenn sie Normalität möchte, dem normalen und nicht dem institutionellen Wohnen folgen. Vorrangig institutionell geprägte Lebenswelten kennen Privatheit nicht; dort ist Autonomie eher unerwünscht und Individualität grundsätzlich störend.

Ein letzter Hinweis zu diesem Teil: Die Ambulantisierung stationärer Pflege ist ein aktuelles, bislang wenig verbreitetes, aber besonders weitreichendes Normalisierungskonzept. Dabei wird versucht, die pflegerische Versorgung in stationären Einrichtungen wie in einem Privathaushalt zu organisieren. Das kann so weit gehen, dass das Pflegeheim kein eigenes Pflegepersonal mehr vorhält und die pflegerische Versorgung durch einen ambulanten Dienst abgedeckt wird. Umgekehrt wäre gleichermaßen denkbar, dass die Hausambulanz einer stationären Einrichtung Pflegeleistungen in Privathaushalten im Umfeld sicherstellt.

Der dritte, meines Erachtens besonders wichtige Aspekt landesspezifischer Merkmale betrifft die Öffnung der Heime zum Gemeinwesen und die Einbindung von Bürgerengagement in den Alltag der stationären Einrichtungen. Auch hier wurde in Baden-Württemberg Pionierarbeit geleistet.

Alle drei Entwicklungsbereiche wurden in Baden-Württemberg durch die öffentliche Hand nachhaltig unterstützt – mit Forschungs- und Modellprojekten oder speziellen Förderprogrammen. Allein im Rahmen der Pflegeheimförderung wurden die Infrastruk-

turentwicklung und vor allem der Ausbau kleinräumiger Versorgungsstrukturen mit über 1 Milliarde € gefördert.

Zu weiteren Anforderungen in den kommenden Jahren: Pflegebedürftige sind keine homogene Gruppe mit gleichartigen Erwartungen und Bedürfnissen bei einer stationären Versorgung. Die demenzspezifische Qualifizierung der stationären Pflege war und ist dabei von ganz herausragender Bedeutung. In den kommenden Jahren werden sich neue Anforderungen ergeben, wenn der Männeranteil in den Pflegeheimen stark ansteigen wird. Weiterhin werden verstärkt besondere Bedürfnisse von Menschen mit einem Migrationshintergrund zu berücksichtigen sein. Ich denke jedoch, wir haben eine gute infrastrukturelle Ausgangssituation, um einer noch weiter gehenden Pluralisierung der Lebensumstände und Bedürfnislagen pflegebedürftiger Menschen gerecht werden zu können.

Gleichwohl stellt sich in diesem Zusammenhang eine grundsätzliche Frage zur Richtung der weiteren Entwicklung: Wollen wir wirklich eine immer spezialisiertere und segregative Versorgungsstruktur? Für Baden-Württemberg ist die Antwort auf diese Frage besonders bedeutsam, einfach deshalb, weil die Aufrechterhaltung kleinräumiger, wohnortnaher Versorgungsstrukturen letztlich nur mit einem integrativen Ansatz möglich ist. Spezialangebote können diese Grundversorgung gut ergänzen – etwa dadurch, dass innerhalb einer größeren Einrichtung Wohngruppen für Menschen mit ähnlichen Bedürfnissen geschaffen werden. Denkbar ist selbstverständlich auch, dass sich kleine Organisationseinheiten wie Wohngemeinschaften auf besondere Zielgruppen spezialisieren.

Der großen Vielfalt besonderer Bedürfnislagen steht allerdings immer ein begrenzter Spezialisierungsspielraum zur Verfügung. Betrachtet man die Prioritäten bei den Versorgungswünschen der Betroffenen, erkennt man aber auch, dass der Spezialisierungsbedarf durchaus begrenzt ist, und das vor allem deshalb, weil weitgehend unabhängig von der jeweiligen kulturellen, religiösen oder weltanschaulichen Prägung des Lebenshintergrunds die Menschen bei einem sehr hohen Hilfebedarf ähnliche Präferenzen und Prioritäten haben. Auch dort ist dann der Wunsch, wenn schon nicht mehr in der eigenen Wohnung, dann doch möglichst im gewohnten Lebensumfeld verbleiben zu können, von herausragender Bedeutung, oder es ist der Wunsch nach Nähe zu besonders wichtigen Bezugspersonen, der ausschlaggebend für die Wahl einer Einrichtung ist.

Wenn es nun darum geht – darauf bezog sich auch eine Ihrer Fragen –, Verbesserungen im Rahmen der verfügbaren Ressourcen zu erreichen, kann dies meines Erachtens vor allem durch eine weitergehende Flexibilisierung von Handlungsspielräumen und die Überwindung sektoraler Abgrenzungen erreicht werden – etwa dadurch, dass dort, wo verschiedene Wohnangebote für unterschiedliche Zielgruppen in räumlicher Nähe vorgehalten werden, eine flexible Zuordnung zu den leistungs- und ordnungsrechtlich abgegrenzten Sektoren erfolgt, soweit denn diese noch Bestand haben. Für ein „Kleeblattpflegeheim“, das im Erdgeschoss stationäre Pflegeplätze und in den Obergeschos-



sen betreute Wohnungen vorhält – was in der Praxis auch häufig vorkommt –, könnte dies beispielsweise Folgendes bedeuten: Wenn in einer dieser Wohnungen sich der Gesundheitszustand eines Bewohners deutlich verschlechtert, könnte diese Wohnung mit fast allen leistungs- und ordnungsrechtlichen Konsequenzen zu einem Bestandteil der stationären Einrichtung werden – selbstverständlich mit entsprechender Anpassung der Personalausstattung im stationären Bereich.

Weniger weitgehend, in vielen Fällen aber gleichwohl schon sehr hilfreich wäre, wenn der stationäre Pflegebereich im Sinne einer Institutsambulanzermächtigung pflegerische Versorgungsleistungen auch im betreuten Wohnen oder im Wohnumfeld der Einrichtung erbringen könnte. Stark vereinfacht ausgedrückt, geht es dann darum, dass einerseits ein stationär organisiertes Dienstleistungsangebot auch auf individuelle Privathaushalte ausgedehnt und umgekehrt ein ambulant organisiertes Leistungsangebot auch in den institutionellen Großhaushalten – den Heimen – erbracht werden kann. Mit solchen Angeboten könnte das pflegerische Leistungsspektrum deutlich erweitert und damit auch die Wahlmöglichkeiten der Pflegebedürftigen erhöht werden.

Diese Ansätze laufen darauf hinaus, dass die Pflegeinfrastruktur, wie es schon bei den wohnortnahen Konzepten angelegt ist, noch ein Stück weiter den Pflegebedürftigen auch örtlich entgegenkommt und nicht umgekehrt die Pflegebedürftigen der Infrastruktur folgen müssen. In einem weiteren Schritt wäre denkbar, dass sich die stationäre Pflege noch stärker auf örtliche Bedarfe abstimmt, die stationären Einrichtungen zu Dienstleistungszentren mit einem über die Pflege hinausgehenden Leistungsspektrum werden und ihre Potenziale im Kontext kommunaler Daseinsfürsorge stärker genutzt werden. Das bietet sich vor allem deshalb an, weil wir im Land keine soziale Infrastruktur haben, die so dezentral organisiert und so flächendeckend präsent ist wie die stationäre Pflege.

Zusammenfassend und abschließend: Ich denke, wir haben gute Chancen, eine gute stationäre Pflege im Land auch in Zukunft sicherzustellen, wenn wir den bisher eingeschlagenen Weg konsequent fortsetzen, ihn gleichzeitig aber auch innovativ weiterentwickeln. Eckpunkte der Entwicklung wären dann:

- Erhaltung und konsequenter Ausbau der wohnortnahen Pflegeinfrastruktur mit möglichst noch kleinräumigeren Versorgungsräumen durch stationär organisierte oder ambulant betreute Wohngemeinschaften.
- Konsequente Weiterentwicklung der Pflegeeinrichtungen als Wohnräume mit einer geschützten Privatsphäre für alle Bewohner in überschaubaren Wohngruppen und Einrichtungsgrößen, an möglichst gut erreichbaren und gut in die Gemeinwesen eingebundenen Standorten.
- Fortsetzung und Intensivierung der Bestrebungen zur Normalisierung der Lebensumstände in den stationären Einrichtungen, mit dem Ziel der Sicherung von Lebensqualität, Individualität, Autonomie und Teilhabe.

- Weiterentwicklung der Pflegeeinrichtungen als Dienstleistungszentren, mit einem auf unterschiedliche individuelle Bedürfnisse und unterschiedliche örtliche Bedarfe abgestimmten Leistungsspektrum.
- Ausdifferenzierung des Leistungsspektrums entsprechend der Pluralisierung der Lebensumstände pflegebedürftiger Menschen, allerdings ohne Begrenzung der Zugangschancen zu den Kernbereichen dieser Versorgung.
- Auf jeden Fall zu vermeiden wäre eine weitergehende Ökonomisierung der Pflege, bei der das bislang prägende Solidarprinzip zunehmend durch ein Äquivalenzprinzip ersetzt wird.
- Und schließlich: Sicherung auch eines wirksamen Verbraucherschutzes, möglicherweise auch in die Richtung einer stärkeren Ausrichtung an der Ergebnisqualität durch eine gute Abstimmung von formellen und informellen Kontrollen und vor allem durch die Gewährleistung weitreichender Leistungstransparenz, die jetzt auch mit dem WTPG in Baden-Württemberg im Ordnungsrecht gefordert wird.

Mit meiner letzten Bemerkung möchte ich mich an die Einschätzung vieler Vorredner in Anhörungen ausdrücklich anschließen: Eine gute Pflege braucht immer auch eine stabile, belastbare und verlässliche wirtschaftliche Basis, sie braucht eine gute personelle Ausstattung, und das wiederum ist nur mit guten Arbeitsbedingungen auf Dauer erreichbar. Die Sicherung gesellschaftlicher Akzeptanz und wirtschaftlicher Stabilität muss sich sowohl in angemessenen Leistungsvergütungen als auch einer entsprechenden Anerkennung und Wertschätzung der erbrachten Leistungen widerspiegeln.

Damit bin ich am Ende meines Beitrags. Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Herzlichen Dank, Herr Dr. Messmer. Das war eine absolute Punktlandung.

Ich habe jetzt verschiedene Wortmeldungen vorliegen. Vielleicht fassen wir die Fragen zusammen und Sie, Herr Messmer, antworten dann auf alle. – Herr Hollenbach.

**Abg. Manfred Hollenbach** CDU: Herr Vorsitzender, herzlichen Dank. – Herr Dr. Messmer, Sie haben eigentlich ein ganz gutes Zeugnis ausgestellt, was die Pflegeeinrichtungen und die Pflegeangebote in unserem Land angeht. Sie haben etwa wörtlich gesagt, dass im Augenblick die Angebote ausreichend sind. Auch die Perspektiven für die Zukunft sehen Sie nicht ganz so trübe, wie man es manchmal hört, sondern Sie nennen die Prognosezahlen und meinen, diese Herausforderung ist zu meistern.

Meine Frage ist: Wie können Sie dies untermauern? Wie sicher sind diese Prognosen? Wir wissen: Prognosen sind immer mit Unsicherheiten behaftet. Aber die Zahlen, die Sie genannt haben, sind für mich und sicher für viele andere auch beruhigend. Wenn Sie sagen, dass es im Moment 95 000 gibt, und einer Steigerung um etwa 5 000 bis 10 000 Plätze in den nächsten Jahren prognostizieren, dann ist dies leistbar. Aber wie fundiert sind diese Zahlen Ihrer Meinung nach?

**Abg. Bärl Mielich** GRÜNE: Herzlichen Dank für Ihren Vortrag, Herr Dr. Messmer. Ich finde, Sie haben einen sehr guten Bogen gespannt zwischen dem, was es im Moment gibt, und dem, was sich entwickeln muss – aber nicht nur anhand der Zahlen, die eine Herausforderung darstellen, sondern vor allem auch, was die Strukturen angeht. Die spannende Herausforderung bezieht sich darauf: Es gibt stationäre Pflegeplätze, und es gibt die stationäre Pflege. Aber dazu werden wir gleich auch noch etwas hören. Die stationäre Pflege hat ja durchaus ein Imageproblem.

Ich wollte noch einmal das bewerten, was Sie gesagt haben: dass sich stationäre Pflege sozusagen öffnen muss in die Stadtteile hinein, in die Dörfer hinein, als Dienstleistungszentrum. Ich würde ganz gern von Ihnen hören, wie Sie sich das im Einzelnen vorstellen.

Das andere, was ich sehr spannend finde, ist, zu sagen: Wir brauchen auch eine Auflösung der Sektoren, wenn es um die pflegerische Arbeit geht. Denn es kann natürlich auch eine Chance bedeuten, dass ambulante Wohnangebote und stationäre Pflegeangebote miteinander kombiniert werden können. Gleichwohl stellt sich natürlich für mich auch die Frage: Wie sieht es mit der medizinischen Versorgung aus? Ein Punkt, der immer wieder auch in der öffentlichen Diskussion ein Thema ist, ist, dass es immer weniger Ärzte gibt, die z. B. bereit sind, die entsprechenden Hausbesuche in den stationären Einrichtungen zu leisten.

Vielen Dank.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Frau Mielich. – Herr Wahl.

**Abg. Florian Wahl** SPD: Herr Dr. Messmer, auch von mir herzlichen Dank für Ihren Vortrag und das umfassende Bild, das Sie darstellen; Sie beschreiben auch die Kleinräumigkeit. Danke auch, dass Sie dargelegt haben – das merkt man in der Pflegediskussion manchmal –, wie gut wir in Baden-Württemberg aufgestellt sind.

Ich habe vor zwei Tagen im MDR eine Diskussion verfolgt, in der ein Sachverständiger gesagt hat: „Wir wissen: Nicht ganz Deutschland sieht aus wie Baden-Württemberg“, wo scheinbar die Welt in Ordnung ist. So ist es auch wieder nicht. Aber manchmal vergessen wir in unserer Welt doch vielleicht, wie gut wir im Bundesvergleich dastehen.

Jetzt aber meine Frage; die bezieht sich auf die von Ihnen angesprochenen Dienstleistungszentren. Mich würde interessieren, wie diese in den ordnungsrechtlichen und vor allem in den leistungsrechtlichen Rahmen eingepasst werden können und was für gesetzliche Änderungen dazu notwendig wären.

Herzlichen Dank.

**Abg. Jochen Haußmann** FDP/DVP: Sehr geehrter Herr Dr. Messmer, Sie haben, denke ich, ganz wichtige Punkte angesprochen, die in den vergangenen Jahren – bis 2010, als die Pflegeheimförderung ausgelaufen ist – auch Aspekte der Pflegeheimförderung waren, indem man eine wohnortnahe, kleinräumige Versorgung aufgebaut hat. Sie haben beschrieben, dass das eine Dynamik war. Es wurden dadurch über 23 000 Pflegeheimplätze in 420 Pflegeheimen gefördert. Sie haben auch die Flexibilisierung angesprochen, die einfach wichtig ist, damit man auch zwischen den Bereichen der stationären Versorgung und der ambulanten Versorgung mehr Dynamik hineinbringt.

Mit dem Blick nach vorn frage ich Sie jetzt: Über den Pflegeheimbetreibern hängt ja so ein Damoklesschwert – Änderungen ab 2019 aufgrund der neuen Vorgaben der Landesheimbauverordnung. Ein kleiner Lichtblick ist ja dort mit diesem Ermessensspielraum enthalten. Dazu frage ich Sie, wie Sie das bewerten. Denn wenn wir sehr restriktiv fahren und diese Ermessensspielräume gering ausfallen, droht möglicherweise wieder eine Unterversorgung. Ich darf hier die Evangelische Heimstiftung zitieren – einen der renommierten großen Träger in Baden-Württemberg –, die ausgerechnet hat, dass wir bis 2030 51 000 Pflegeheimplätze in etwa 1 000 Pflegeheimen brauchen. Das bedeutet in den 17 verbleibenden Jahren jährlich 60 neue Pflegeheime, ein Investitionsvolumen von 5,6 Milliarden €. Da fragt die Heimstiftung, wo die Finanzierung herkommen soll.

Oder aktuell, Stadt Stuttgart: Über das Trägerforum Altenhilfe war am 5. Januar in der „Stuttgarter Zeitung“ zu lesen. Wenn wir eine „harte“ Auslegung hätten, dann würden in Stuttgart bis 2020 460 neue Plätze benötigt. Aber durch den Wegfall der Doppelzimmer – wie gesagt, Ermessensspielräume – würden 1 000 wegfallen, und durch die 100er-Regelung wären es auch nochmals über 500 Plätze, die wegfallen. Noch einmal die Frage: Wie beurteilen Sie die Ermessensspielräume?

Ein zweiter Punkt, Stichwort „Flexibilisierung“: Wie bewerten Sie das Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz im Hinblick auf die Flexibilisierung, die Sie angesprochen haben – Stichwort „Kleeblatt“ –, wenn – ich will nur drei Punkte ansprechen – geregelt ist, dass es nicht mehr als zwei Wohngemeinschaften des gleichen Anbieters in unmittelbarer Nähe geben darf, wenn es ausgeschlossen ist, dass baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbstständige Einheiten bei stationären Einheiten dabei sein dürfen – also eine starre Trennung –, und im Hinblick darauf, dass Erprobungsregelungen, die gewünscht sind, auf nur vier Jahre befristet werden und wir wissen, dass das dann an der Finanzierung scheitert, wenn es nur vier Jahre sind?

Danke.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Herr Kollege Haußmann. – Vielen Dank für die spannenden Fragen.

Vielen Dank auch, Herr Kollege Wahl, für das Statement zur baden-württembergischen Pflegelandschaft. Herrn Dr. Messmer, der 20 Jahre lang unter verschiedenen Ministern dafür Verantwortung gezeigt hat, und die betreffenden Minister, die damals auch verantwortlich waren, wird dieses Statement natürlich ganz besonders freuen.

Es sind interessante Fragen. Wir warten jetzt auf spannende Antworten. Herr Dr. Messmer, bitte.

**Sv. Herr Dr. Messmer:** Es waren in dieser Zeit sieben verschiedene Amtsleitungen, auch unterschiedlicher parteipolitischer Ausrichtung, und trotzdem gab es im Hinblick auf die wesentlichen Ziele eine sehr hohe Kontinuität in Baden-Württemberg. Auch die üblichen Auseinandersetzungen zwischen Land und Kommunen haben hier, bezogen auf diese Grundziele, eigentlich keine Rolle gespielt. Auch da war eine sehr große Übereinstimmung. Die dritte Übereinstimmung war zwischen sozialpolitischer Linie und fachlicher Ausrichtung; auch hier gab es keine großen Diskrepanzen. Das ist eigentlich eine relativ seltene Situation und eine günstige Ausgangskonstellation, um etwas voranzubringen.

Zu den Fragen: Herr Hollenbach, Ihre Frage bezog sich auch auf die Sicherheit einer Schätzung, einer Prognose. Das, was wir haben, hat nicht die Qualität einer Prognose. Es ist in der Tat eine Schätzung, eine Vorausberechnung mit sehr vielen offenen Punkten. Wir kennen in etwa die Einflussparameter, die die künftige Entwicklung nachhaltig beeinflussen werden. Aber wir können sie empirisch überwiegend nicht erfassen und haben deshalb nach einem Wert gesucht, der alle diese unterschiedlichen Einflüsse bündelt, und das ist die Entscheidung der betroffenen Familien und betroffenen Pflegebedürftigen.

Wir haben nicht geschaut: Was wollen sie machen? Umfragen dieser Art waren ganz uninteressant. Wir haben nur ausgewertet: Wie viele Menschen einer bestimmten Altersgruppe entscheiden sich denn tatsächlich für den Eintritt in ein Heim? Damit erfassen wir alles, was dahinter steht – die subjektiven Motive wie auch die objektiven Zwänge. Das macht diese Schätzung relativ robust und unabhängig von Zufälligkeiten, weil hier die Verhältnisse außerordentlich stabil sind. Diese Pflegequoten – altersabhängig, geschlechtsspezifisch – haben sich in den letzten zehn Jahren nur marginal geändert.

Das heißt, wir haben relativ stabile Verhältnisse. Man kann sich das eigentlich nur so erklären, dass die Familien tendenziell an die Grenze ihrer Belastbarkeit gehen. Diese ist in den Familien sehr unterschiedlich. Aber wenn diese Grenze erreicht wird, hilft außer der stationären Versorgung eigentlich nicht mehr viel. Dann ist die Belastungsgrenze oft auch schon überschritten.

Diese Verhältnisse ändern sich nicht von heute auf morgen. Wir könnten das erfassen, wenn sich hier größere Abweichungen ergeben würden.

Die vielleicht größte Unsicherheit der Schätzungen – deshalb muss man diesen Sachverhalt immer genau beobachten; auch in den Statements der Träger wird das auftauchen – ist die Entwicklung der Verweildauer. Die Verweildauer in den Pflegeheimen ist eine entscheidende Größe für die Kapazitäten, die wir brauchen. Man kann das daran sehen: Eine Halbierung der Verweildauer ist etwa gleichbedeutend mit einer Verdoppelung der Angebotskapazitäten. Deshalb ist es sehr wichtig, zu schauen: Gibt es hier Veränderungen? Das wird selten systematisch erfasst. Das Land hat die Einschätzungen teilweise überprüft.

Die Trägereinschätzungen waren offensichtlich sehr stark geprägt durch die sehr kurzen Verweildauern in den Heimen. In den letzten Jahren – soweit das Sozialministerium hier Untersuchungen gemacht hat – blieb die durchschnittliche Verweildauer relativ konstant. Man kann aber nie ausschließen, dass sich Rahmenbedingungen ändern.

Der andere große Unsicherheitsfaktor – das wird aber auch nicht über Nacht kommen werden –, der die Bedarfszahlen komplett ändern würde, wäre, wenn ein kausal wirksames Mittel gegen Demenzerkrankungen gefunden würde. Aber so ein Mittel kommt nicht von heute auf morgen auf den Markt; das kann man lange vorhersehen.

Die Prognosen der Wissenschaftler – ich kann mich gut an die Einschätzungen von Beyreuther vor 15 Jahren erinnern – sind sehr viel pessimistischer geworden. An der Tatsache, dass etwa zwei Drittel bis drei Viertel aller pflegebedürftigen Menschen in den Heimen eine mittlere oder schwere demenzielle Erkrankung haben, kann man sehen, dass das heute schon ein Schwerpunkt ist, und vermutlich wird sich dieser Schwerpunkt fortsetzen. Dann ist die Frage: Können wir hier Alternativen finden? Hier – das muss man sagen – sind auch die Möglichkeiten der Wohngemeinschaften letztendlich sehr begrenzt.

Beantwortet das Ihre Frage?

(Abg. Manfred Hollenbach CDU: Ja!)

Dann, Frau Mielich, zu Ihren Hinweisen: Sie hatten auf das Imageproblem hingewiesen und dann das zweite, meines Erachtens wichtige Stichwort genannt, nämlich „Akzeptanz“. Ich glaube, das Imageproblem ist da. Das beruht auf selektiver Wahrnehmung, auf Vorurteilen und Missverständnissen. Es hat oft wenig mit der Realität zu tun und ist trotzdem schwer zu bekämpfen. Viel gravierender ist meines Erachtens das Akzeptanzproblem, das wir haben. Das hat auch viel weiter reichende Folgen.

Das betrifft schon ein hartes Problem in den Heimen, nämlich die institutionelle Prägung. Deshalb ist es ja so wichtig, dass man genau dem gegensteuert – dass eben

Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Autonomie nicht eingeschränkt werden. Das macht den Leuten wirklich Angst, und das ist auch bedrohlich. Das gibt es bei jeder Institution. Auch eine Verwaltung hat solche Züge; dort ist es nicht so schlimm. Eine Schule hat solche Züge; dort ist es auch nicht so schlimm. Die Hochschule hat es auch. Dort beeinflusst die Institution immer nur einen Teil unserer Lebenswelt. Im Pflegeheim beeinflusst die Institution die komplette Lebenswelt. Deshalb ist das, was unter dem so harmlos klingenden Begriff „Normalisierung“ daherkommt, und die Frage, ob uns das gelingt oder nicht, eigentlich etwas ganz Zentrales für die Qualität dieses Angebots.

Zu den Dienstleistungszentren: Alles, was die Heime offen macht und in das Gemeinwesen einbinden, ist auch gut, um dieser institutionellen Prägung entgegenzuwirken. Das führt auch zu informellen Kontrollen. Eine gute Einbindung, eine hoher Besucherfrequenz, viel Bürgerengagement sind natürlich auch Elemente des Verbraucherschutzes, die die formellen Kontrollen, die nicht verzichtbar sind, gut ergänzen können.

Die Richtung, die diese Dienstleistungszentren nehmen, könnte – auch hier haben Sie das Stichwort genannt – genau in diese Richtung gehen, nämlich dass eine stärkere Verzahnung der stationären Pflege oder des Pflegebereichs insgesamt mit der medizinischen Versorgung unverzichtbar ist. Wir haben hier immer noch große Bruchstellen, obwohl man immer wieder versucht hat, diese Schnittstellen abzumildern; sie sind noch nicht überwunden. Ein Idealziel wäre natürlich, dass der Ansatz einer integrierten Versorgung – also diese Konzepte, die ja im medizinischen Bereich teilweise schon umgesetzt werden – immer auch den Pflegebereich mit einbezieht. Das würde zwar nicht die ganze Not, aber einen Teil der Not lindern.

Eine andere Richtung betrifft die Ausbildungssituation. Man hat ja jetzt schon gewisse Vorkehrungen getroffen, dass Pflegefachkräfte auch gewisse medizinische Leistungen erbringen dürfen. Ich denke, das wird eine ganz interessante Option werden – ob nicht, wenn die prekäre ärztliche Versorgung im ländlichen Raum auf Dauer nicht bewältigt werden kann, hier die Pflegeeinrichtungen als Teil auch der medizinischen Versorgung neue Aufgaben bekommen. Ich denke, das ist spannend. Die Pflegeeinrichtungen sind vor Ort, der Hausarzt möglicherweise nicht mehr, sondern weit weg – 20, 30 Kilometer. Hier hätten wir, denke ich, mit dieser dezentralen Entwicklung noch ganz andere Chancen im Bereich der kommunalen Daseinsversorgung.

Was die ärztliche Versorgung in den Heimen betrifft: Die ist ebenfalls prekär, vor allem die Facharztversorgung. Das Sozialministerium hat dieses Problem aufgegriffen. Man hat versucht, dies mit verschiedenen Strategien zumindest anzugehen, um herauszufinden: Mit welchen Ansätzen können wir hier eine Verbesserung erreichen? Aber das ist in manchen ländlichen Gegenden ein echtes Problem, und es beeinträchtigt die Leistung der stationären Pflege erheblich, wenn wir es nicht lösen können.

Herr Wahl, Sie hatten auch die Frage der Dienstleistungszentren im Hinblick auf ihre ordnungs- und leistungsrechtlichen Implikationen angesprochen. Ich denke, auch ohne große Änderungen im Ordnungs- und Leistungsrecht wären hier schon viele Entwick-

lungen möglich. Erst dann, wenn wir an die Grenzen kommen, müsste man sehen: An welcher Stelle müsste Ordnungs- und Leistungsrecht modifiziert werden? Aber wir sind nach meinem Eindruck hier noch nicht an der Grenze.

Teilweise ist es ein Problem der Auslegung. In vielen Gesprächen ist mir eine sehr restriktive Auslegung auch leistungsrechtlicher Vorgaben begegnet. Das muss nicht so sein und wird auch bundesweit sehr unterschiedlich gehandhabt. Beispielsweise war in Bremen sehr früh die Ambulantisierung stationärer Pflege bei Weitem nicht so ein großes Problem wie die Ansätze, die wir in Baden-Württemberg hatten. Dort gibt es schon seit Langem ein Pflegeheim, das komplett durch einen externen Pflegedienst versorgt wird. Das Bundesrecht gilt in Bremen gleichermaßen wie in Baden-Württemberg, aber die Auslegungen sind nicht immer gleich. Wobei ich auch sage: Wir haben viele andere Vorteile einer großzügigen Auslegung von Leistungsrecht durch die Kassen auch in Baden-Württemberg erlebt.

Aber hier würde ich dafür plädieren, dass man, wenn Träger in eine bestimmte Richtung gehen wollen und an leistungs- und ordnungsrechtliche Grenzen kommen, einfach das Gespräch aufnimmt. Ich bin eigentlich zuversichtlich, dass man zu Lösungen kommen kann.

Die Frage der Auswirkungen des WTPG auf die Entwicklungschancen: Hier ist es so – meine früheren Kollegen aus dem Sozialministerium wissen das –: Ich komme ja aus einer anderen Tradition; ich bin Soziologe, kein Jurist, und das führt immer ein bisschen zu anderen Prioritäten. Wenn ich mich zurückerinnere: Am Anfang der Neunzigerjahre standen wir schon einmal vor ähnlichen Fragen, als es darum ging, die kleinräumige Versorgung auf den Weg zu bringen. Auch da gab es große Bedenken: Kann das denn wirtschaftlich funktionieren? Kann es mit Verbraucherschutzbestimmungen und Ähnlichem in Übereinstimmung gebracht werden? Man ist einen etwas anderen Weg gegangen und hat gesagt: Wir versuchen, die Probleme, die da entstehen und die auch zweifellos bestehen, dadurch zu lösen, dass wir möglichst flexible Verbundlösungen anstreben. Alles, was an Verbundlösungen denkbar ist – Dependance-Lösungen, Zusammenschlüsse aller Art – und hilft, die wirtschaftlichen Risiken einer kleinen Einrichtung abzusichern, ist willkommen.

Aus für mich nachvollziehbaren Gründen hat der Landesgesetzgeber hier etwas restriktivere Vorgaben gemacht. Man muss jetzt sehen, inwieweit diese Möglichkeiten, Organisationsverbände entwickeln zu können, die Entwicklung behindern und ob man gegebenenfalls in der Diskussion zu einer etwas großzügigeren Regelung kommen muss. Aber der Spielraum ist gering; das sehe ich durchaus auch so.

Die Einrichtungsgröße wird immer umstritten sein. Das ist eine willkürliche Festlegung: 100 Plätze. 101 Plätze sind nicht schlechter als 100 und 99 auch nicht besser als 100. Aber man braucht, wenn man Ordnungsrecht schafft, einfach irgendeine Grenze; man kann es nicht beliebig halten. Die Verordnung – in diesem Fall ist es die Landesheimbauverordnung – sieht ja durchaus vor: Wenn es technisch nicht möglich oder wirt-



schaftlich nicht tragbar ist, gibt es Ausnahmen. Es gibt auch Hinweise darauf, dass in den urbanen Zentren, wenn Grundstücke nicht verfügbar sind, Einrichtungsgrößen über den 100 Plätzen vielleicht noch eine Zeitlang Bestand haben.

Ich würde trotzdem, unabhängig von dieser Regelung, jedem Träger empfehlen, zu versuchen, Einrichtungen so klein wie möglich zu machen. Das ist keine neue Erkenntnis. In der Psychiatrieenquete in den 1970er-Jahren kam man zu der gleichen Erkenntnis, was die psychiatrischen Einrichtungen betraf. Man sah dort: Je größer die Einrichtung, nicht desto schlechter die Qualität, aber desto größer das Risiko, dass die institutionelle Prägung die Lebensumstände komplett dominiert. Das ist eigentlich der Grund dafür, Einrichtungen so klein wie möglich zu machen.

Die Ausnahmenbegrenzung auf vier Jahre – ich kenne die Diskussion – war immer ein Problem. Ich denke, man kann im Moment damit leben. Wenn ein Träger sagt: „Es ist für mich ein zu großes Risiko, mich auf so eine Zeit einzulassen, wenn es sein kann, dass ich mein Angebot danach zurücknehmen muss“, dann muss man einfach in ein Gespräch gehen. Ich bin eigentlich sehr zuversichtlich, dass man in den offenen Fragen zu vernünftigen Lösungen kommen kann – auch, was den Abbau der Plätze betrifft. Ich habe ein ganz anderes Rechenszenario als die Heimstiftung. Im Moment wären es etwa 17 000 Doppelzimmerplätze, die noch abgebaut werden müssten. Von diesen 17 000 Plätzen ist ein Teil ohnehin – auch bei der Heimstiftung; da bin ich mir ganz sicher – zwar noch nominell als Doppelzimmer ausgewiesen, praktisch aber schon als Einzelzimmer belegt.

Ein anderer Teil befindet sich vielleicht in Immobilien, bei denen sich ohnehin auf Dauer die Frage stellt, wie lange diese noch Bestand haben. Ein anderer Teil der Doppelzimmerplätze ist in Regionen, wo es eine Überversorgung gibt und somit ein gewisser Abbau von Plätzen kein Problem wäre.

Die Ausnahmeregelungen bei technischer Nichtmachbarkeit: Das gibt es beim Einzelzimmer praktisch nicht; das ist technisch immer machbar. Aber es gibt die wirtschaftliche Nichtzumutbarkeit, die vor allem bei den kleineren Einrichtungen doch eine größere Rolle spielen kann – gerade bei „Kleeblättern“ und Gemeindepflegehäusern, die dann in eine Größenordnung kommen, bei der sie wirklich nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden können. Aber die Signale, die ich aus dem Sozialministerium habe, gehen eigentlich in die Richtung, dass man da durchaus, glaube ich, eine Bereitschaft hat, den kleinen Einrichtungen zu helfen, dass es nicht zu einer Existenzfrage wird – wenn die Qualität stimmt.

Ich hoffe, ich habe Ihre Fragen beantworten können.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Sie haben geantwortet. Ob Sie alle Fragen beantwortet haben – – Es gab gerade noch eine Wortmeldung, aber die 20 Minuten sind schon weit überschritten. – Daher vielen herzlichen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Ich darf nun Frau Anja Schilling ans Rednerpult bitten.

**Sv. Frau Schilling:** Sehr geehrte Damen und Herren! Für die Einladung zu der heutigen Anhörung möchte ich mich ganz herzlich bedanken. Ich hoffe, einige Impulse für den weiteren Prozess Ihrer Beratungen geben zu können.

Bevor ich auf die Beantwortung einer Auswahl Ihrer Fragen eingehe, ist es mir grundsätzlich ein Anliegen, etwas zur Diskussion um den Leitsatz „Ambulant vor stationär“ zu sagen. Sicher ist es für die meisten Menschen erstrebenswert, so lange wie möglich zu Hause zu wohnen. Dies impliziert in der Regel die Einbindung in Familie, Nachbarschaft und den Wohnort. Was aber, wenn es diese Einbindung nicht mehr gibt? Soziale Isolation und Einsamkeit sind Themen, denen wir uns daher verstärkt widmen müssen. Die Anzahl derer, deren einziger alltäglicher Kontakt der Pflegedienst ist, steigt beständig an, vor allem in den Städten. Vielleicht ist es deshalb sinnvoller, weniger proklamierend vorzugehen, sondern von einem „Leben und Wohnen in Verbundenheit“ auch bei Pflegebedarf zu sprechen – ambulant und stationär, so dieses gut funktioniert und gut organisiert ist. Das Augenmerk sollte darauf gerichtet werden, wie sich dies gestalten lässt.

Pflegeeinrichtungen sehen sich im gesellschaftlichen Diskurs noch immer mit zahlreichen Ressentiments konfrontiert. Dabei bilden die Begriffe „Autonomie“ und „Würde“ eine zentrale Bewertungskategorie. Ich werde in meinem Vortrag deutlich machen, dass auch Pflegeeinrichtungen Orte der Begegnung sowie Lebensorte für ein gutes Altern sein können, auch wenn mir bewusst ist, dass die Landschaft der Pflegeeinrichtungen noch sehr heterogen ist.

Bezüglich der Fragen in Ihrem Fragenkatalog werde ich, auch aufgrund der zeitlichen Vorgabe, wie gewünscht Schwerpunkte setzen. Mein Vortrag wird von dem Blick auf meine täglichen Erfahrungen im Umfeld stationärer Pflege geprägt sein. Daher bitte ich um Verständnis, dass ich keine landesspezifische Aussage zur Bedarfsdeckung machen kann. Ich gehe aber davon aus, dass einige meiner Diskussionspunkte landesweit wiedergefunden werden können. Einen besonderen „baden-württembergischen Weg“ sehe ich derzeit in der Versorgung noch nicht. Hier wird jedoch abzuwarten sein, ob und welche Wirkungen das WTPG und die aktuellen politischen und fachlichen Prozesse entfalten.

Die größte Herausforderung hinsichtlich des Ausbaus der Versorgungs- und Betreuungsangebote sehe ich darin, den zukünftigen Bedarf an Pflege- und Betreuungsdienstleistungen zu decken und gleichzeitig die nachvollziehbaren und sehr verständlichen höheren Ansprüche an die Individualität der Pflege- und Betreuungsarrangements zu berücksichtigen, die zusätzlich noch mit einem geringer werdenden Potenzial an Pflege- und Betreuungskräften einhergehen. Dass diese Berufe allgemein als nicht unbedingt attraktiv gelten – überspitzt gesagt: dort zu arbeiten, wo eigentlich niemand leben möchte, und das noch für ein relativ geringes Einkommen –, macht die Herausforderung noch größer.

Die Herausforderung in der Ausdifferenzierung der Angebotsstrukturen liegt meiner Einschätzung nach in der mangelnden Bekanntheit des Hilfeangebots in der Breite sowie der mangelnden Bekanntheit der Finanzierungsmöglichkeiten. Es bedarf aus meiner Sicht daher guter Beratungsstrukturen, sodass ich es für dringend notwendig halte, die aktuellen Beratungsstrukturen weiter auszubauen. Meine Erfahrung ist, dass bei einer Entscheidung für ein Pflegeheim oder überhaupt für eine pflegerische Versorgung im ersten Moment nicht die Frage eine Rolle spielt: Kann derjenige – egal, ob ambulanter Dienst, Wohngemeinschaft oder stationäre Pflege – die Pflege fachlich erbringen? Das wird von uns erwartet. Sondern es geht um die Frage nach den familiären Prozessen dazu. Dies muss meiner Meinung nach Berücksichtigung finden, und die Entscheidungsfindung muss noch stärker unterstützt werden.

Aufnahmen in Pflegeeinrichtungen finden leider in der Regel nicht geplant statt. Viele Menschen bekommen nicht unbedingt den Platz an dem Wohnort, wo sie sind, weil in der Regel eine Notsituation ausschlaggebend ist. Das heißt: Ein Großteil der in Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen bezieht die Pflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder weil die häusliche Versorgungssituation zusammengebrochen ist, z. B. durch den Ausfall der Pflegeperson. Dieser Weg führt in der Regel über die Kurzzeitpflege. Das bedeutet, dass die Kurzzeitpflege – so, wie sie aktuell strukturiert ist – nicht primär der Entlastung von Angehörigen dient. Denn es gibt auch nur wenige, ganz starr festgelegte Plätze, die in einer Art Hotelbuchung nur für Kurzzeitpflege vergeben werden. Vielmehr stellt die Kurzzeitpflege quasi die schnelle Überbrückung von Versorgungsgaps dar.

Diese Entwicklung ist sicher ein Ergebnis der Einführung von veränderten Abrechnungsmodalitäten der Krankenhäuser. Grundsätzlich kann diese Überbrückungsfunktion auch eine wichtige Aufgabe gerade stationärer Einrichtungen sein. Berücksichtigt werden müssen dafür dann allerdings die Anforderungen an die Beratung der Kurzzeitpflegegäste und ihrer Angehörigen sowie der höhere Aufwand für Dokumentation und Organisation des Aufenthalts. Dies findet sich meines Erachtens in den Pflegesätzen nicht wieder. Mit einer Kurzzeitpflege ist das vermeintliche Versorgungsproblem erst einmal kurzfristig gelöst, aber die längerfristige Entscheidungsfindung bedarf weiterer Beratung.

Tagespflegeangebote müssen meiner Ansicht nach einerseits noch stärker ausgebaut werden, jedoch gleichzeitig auch stärker ins Bewusstsein Betroffener und ihrer Angehörigen gebracht werden. Sie leisten derzeit leider nur einen kleinen Anteil im Pflege- und Betreuungssystem.

Ihre Frage zur Einbindung ins Quartier möchte ich mit der Frage nach der Einbindung von Angehörigen und Freiwilligen koppeln, da für den Gemeinwesenbezug diese drei Aspekte eine tragende Rolle spielen. Die Einbindung ins Quartier und in örtliche Strukturen sehe ich als ein wichtiges Merkmal einer stationären Pflegeeinrichtung an. Regelmäßige Besuche des Kindergartens, die Kooperation mit örtlichen Schulen und Vereinen, aber auch eine gute Nachbarschaftspflege sind dabei zu nennen. Es ist bekannt,

dass da, wo ich um meinen Nächsten weiß, die Toleranz erheblich höher ist und krankheitsbedingte Verhaltensänderungen nicht mehr fremd und unfassbar bleiben.

Als eine wesentliche Komponente sehe ich auch die Einrichtung von einladenden und zugänglichen Treffpunkten mit Sitzgelegenheiten vor den Häusern an – nicht nur geschützte Gärten –, sodass Bewohner, Nachbarn und Angehörige zwanglos ins Gespräch kommen können. Vorstellbar sind auch gemeinsame Gruppenaktivitäten, wie beispielsweise offene Sing-, Qigong- oder Sitztanzkreise. Das können häufig Menschen mit und ohne Pflegebedarf. Ich glaube, die Behindertenhilfe ist uns hier sehr weit voraus. Damit können wir den Gedanken der Inklusion doch deutlicher vorantreiben.

Unsere Aufgabe ist einerseits die Entlastung von Angehörigen, die die Gewissheit erfahren sollen, dass ihr Angehöriger in guten Händen ist, auch wenn sie selbst nicht da sein können. Gleichzeitig ist die Einbindung von Angehörigen und auch Freiwilligen in die Alltagsgestaltung der Wohnbereiche, das Sich-Einbringen mit persönlichen Kompetenzen, das Leben geteilter Verantwortung ein wesentlicher Qualitätsfaktor. Denn seien wir ehrlich: Die aktuellen Erwartungshaltungen an die Mitarbeitenden in der stationären Pflege, die das Rundum-sorglos-Paket gewährleisten sollen, werden mit dem vorhandenen Personalbestand in keinem Fall erfüllbar sein. Gerade dieser immer wieder erlebbare Spagat trägt zur Frustration der Mitarbeitenden bei.

All diese Dinge gut zu tun erfordert auch eine gute Personalausstattung in den neben der Pflege zusätzlichen Bereichen „Soziale Arbeit“ und „Betreuung“. Einige dieser Aufgaben sehe ich aber auch als Aufgaben des Gemeinwesens an, für die meiner Einschätzung nach eine andere Finanzierung notwendig ist als die Finanzierung über die Pflegesätze. Mir kommt es manchmal anders herum so vor: Nicht nur: „Wir öffnen uns nicht“, sondern auch: „Wir werden abgeschottet“ oder „als abgeschottet erlebt.“ Wir können das aus den Pflegesätzen nicht alles leisten. Quartiersarbeit und Einbindung ins Gemeinwesen ist aus meiner Sicht ein eigener Punkt und müssen auch so betrachtet werden.

An dieser Stelle möchte ich auf die Frage zum Personalbedarf und zum Personalmix eingehen. Wie ich gesehen habe, haben Sie sich mit diesen Fragen schon umfassend beschäftigt, und ich kann mich vielem nur anschließen. Wir müssen die Diskussion um die Fachkraftquote, die ja eigentlich eine Pflegefachkraftquote ist, führen. Aus meiner Sicht müssen wir sehr genau hinschauen, was die Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachkräfte sind, welche Aufgaben von verschiedenen Berufsgruppen erbracht werden können und welche Aufgaben vielleicht auch von Berufsgruppen erbracht werden können, die dafür qualifizierter sind. Dabei darf es in der Diskussion weder um eine Sparmaßnahme gehen, noch dürfen berufsständische Interessen im Vordergrund stehen. Vielleicht müssen wir das auch einfach einmal herumdrehen und uns überlegen, welche Berufsgruppen neben der Pflege unbedingt auch in einer pflegerischen Einrichtung sein sollten.

Ein Beispiel, das ich hier anführen möchte, ist die aktuelle Betreuungskräfte richtlinie mit der Übergangslösung bis zum September. Ich habe schon ein bisschen geschmunzelt, als ich gelesen habe, dass die Betreuungskräfte, die noch keine Ausbildung nach § 87 haben, von einer Pflegefachkraft angeleitet werden sollen. Da frage ich mich persönlich: Möchten wir Pflege oder Betreuung?

Zur Personalbemessung möchte ich anführen, dass diese dringend reformbedürftig ist. Mitunter deshalb wurde ja auch der Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI gekündigt. Die 20 Jahre alten Personalschlüssel müssen an die aktuellen Anforderungen angepasst und auch refinanziert werden. Verstärkt einfließen müssen der stark erhöhte Dokumentationsaufwand, eine angemessene Zeit für die Erfüllung von Praxisanleitungsaufgaben, Zeiten für berufliche Fort- und Weiterbildung und die Anforderungen, die für uns durch verstärkte Familienfreundlichkeit entstehen. Wir müssen Personalschlüssel vorhalten, die es möglich machen, auch Personalausfälle zu kompensieren und ein Einspringen eigentlich zu verhindern.

Wenn diese Bedingungen gut sind, kann auch die Ausbildung gut gelingen. Ausbildung ist aus meiner Sicht eine wesentliche Komponente für die Sicherung des zukünftigen Mitarbeiterbedarfs. Stationäre Einrichtungen erfüllen derzeit den Löwenanteil der Ausbildung für Altenpflegeberufe. Die Rekrutierung von Personal stellt sich gleichzeitig als immer schwieriger dar. Die größten Engpässe liegen dabei bei den Pflegefachkräften. Noch schaffen wir es, durch Mundpropaganda und gute Netzwerkarbeit Fachkraftstellen zu besetzen. Zeitungsannoncen verhalten in der Regel im Nichts. Aber es kommt immer mehr zu vorübergehenden Vakanzen, sodass die angestammten Mitarbeiter zusätzlich belastet werden.

Ein weiterer Trend, der durchaus verständlich ist – – Ich möchte hier in keinem Fall Pflegeberufen vom Weg ins Studium abraten. Ich kann aber nur alle ermuntern, diesen Weg so zu gehen, dass sie sich weiterhin im operativen Geschäft einbringen und gerade auch von dem Ort her, wo Pflege stattfindet, zu Veränderungen kommen. Meine Beobachtung ist einfach, dass viele Pflegekräfte, die ein Studium wählen – das erfahre ich aus den Gesprächen mit unseren Pflegekräften auch – mir ganz klar sagen: „Ich möchte raus aus dem operativen Geschäft. Ich möchte raus aus der Versorgung, aus dem Druck, den ich hier erlebe.“ Das ist verständlich und absolut nachvollziehbar. Ich würde mir einfach wünschen, dass wir mehr von diesen Menschen weiterhin bei uns in den Einrichtungen haben und sich ein gewisser Akademisierungsgrad auch vor Ort stärker durchsetzt. Durch diesen Trend werden uns einfach wichtige Ressourcen entzogen.

Ich möchte kurz auch noch auf Ihre Frage nach meiner Bewertung der Menschenrechtssituation in der stationären Altenhilfe eingehen. Erlebbar ist aus meiner Sicht eine sehr unterschiedliche Qualität insbesondere der Alltags- und Lebensgestaltung in Pflegeeinrichtungen. Dies ist in Settings, in denen Menschen mit Pflegebedarf zu Hause versorgt werden, nicht grundsätzlich anders. Eine Menschenrechtsdiskussion, die auf Pflegeeinrichtungen fokussiert ist, halte ich für wenig zielführend. Sie läuft Gefahr, nicht zu einem grundsätzlichen Überdenken und einer Änderung der Haltung beizutragen,

sondern eher Flucht und Frustration zu bewirken. Die Sorge um die Einhaltung der Menschenrechte und die Verantwortung für ein menschenwürdiges Leben auch bei Pflegebedarf ist ein gesellschaftliches Thema. Dies ist für die Gesellschaft ein wichtiges Ziel und sollte es unbedingt sein. Deshalb muss Sorge für die Rahmenbedingungen getragen werden.

Zum Abschluss möchte ich Ihnen noch ein ganz persönliches Erlebnis berichten, welches aus meiner Sicht zeigt, dass stationäre Pflege nicht abschreckend sein muss. Der Opa meiner zehnjährigen Nachbarin war bei uns, mit sehr hohem Pflegebedarf. Ich konnte von daher sehr gut begleiten, wie ein Kind das erlebt. Das Mädchen hat kürzlich – der Opa ist schon seit einem halben Jahr verstorben – in einem Schulaufsatz geschrieben, sie möchte einmal Altenpflegerin werden. Das heißt: Sie hat den Alltag in einer stationären Pflege mitnichten als abschreckend erlebt, sondern für sich als sehr positiv, als entlastend und als Begleitung der ganzen Familie. Eines ihrer schönsten Erlebnisse war, dass sie sich in unserem Haus wieder zu ihrem Opa zum Kuschneln ins Bett legen durfte – das war im Krankenhaus nämlich verboten – und damit ihrem Opa begegnen konnte.

Ich denke, um diese positiven Beispiele geht es – darum, dass wir stationäre Pflege weiterentwickeln und zu Pflegeorten kommen, die wirklich Würde und Teilhabe im Mittelpunkt haben.

Vielen Dank.

(Beifall)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Frau Schilling. – Ich habe jetzt Wortmeldungen vorliegen.

**Abg. Manfred Hollenbach** CDU: Frau Schilling, Sie haben uns mit dem zuletzt genannten Beispiel Hoffnung gemacht, dass die Sorgen um die Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen in unserem Land vielleicht doch nicht ganz so dramatisch sein müssen, wie sie manchmal dargestellt werden. Aber ich denke, da steckt schon ein Stück Wahrheit und Realität dahinter. Sie haben dies in Ihrem Vortrag zum Ausdruck gebracht auch mit der Frage: Wie öffnet sich eine Pflegeeinrichtung bzw. öffnen sich die Pflegedienste der allgemeinen Öffentlichkeit? Durch Ihren Vortrag hat sich etwas gezogen, dass die Kleinräumigkeit, die Einbindung im Quartier und im seitherigen Wohnumfeld ein sehr wichtiger Aspekt ist.

Meine Frage geht dahin: Halten Sie es letztendlich auch für praktisch umsetzbar und finanzierbar – denn das spielt ja auch immer eine Rolle –, Pflegeeinrichtungen jedweder Größe zu schaffen? Welche Grenzen oder welche Rahmenbedingungen müssten aus Ihrer Sicht gesetzt werden, damit diese Einbindung bleibt? Denn in dünner besiedelten

Gebieten kann man nicht in jedem Wohnquartier oder in jeder Gemeinde eine Pflegeeinrichtung haben.

Sie haben auch die Frage der Personalausstattung, des Personalmixes und der Personalqualifizierung angesprochen. Denken Sie, dass man neben dem hochqualifizierten, gut ausgebildeten Personal auch einen gewissen Anteil von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern haben kann, mit denen aufgrund ihrer Berufs- und Lebenserfahrung ohne eine zertifizierte Ausbildung Arbeitsplätze in Pflegeheimen besetzt werden können? In welchem Proporz würden Sie so etwas als möglich ansehen, wenn Sie es überhaupt als denkbar und überlegbar betrachten?

Nochmals die Frage des Ehrenamts: Wie kann man so etwas praktisch umsetzen, vor allem letztendlich auch in der Finanzierung? Ich bin mehr ein Finanzpolitiker und stelle immer auch die Frage: Wer bezahlt das, und was kostet das? Ehrenamtliche Tätigkeit muss ja nicht kostenlos sein und wird auch, wenn sie qualifiziert und dauerhaft angeboten werden soll, nie ohne irgendeinen finanziellen Ausgleich leistbar sein. Welche Wege würden Sie sehen, um solche Konzepte zu entwickeln? Ehrenamt einbinden, aber letztendlich auch mit einer gewissen Kostenübernahme.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Herr Hollenbach. – Frau Kollegin Mielich.

**Abg. Bärbl Mielich GRÜNE:** Frau Schilling, ich fand Ihren Vortrag sehr inspirierend, weil es ein sehr praxisorientierter Vortrag war. Man merkt, dass Sie aus Ihrem Berufsfeld berichten. Es ist für uns natürlich ganz wichtig, dass wir sozusagen auch Anschauungsmaterial bekommen, wenn es darum geht, uns Gedanken zu machen: Wie kann Pflege weiterentwickelt werden?

Ich möchte auf zwei Punkte eingehen, die Sie genannt haben, und zwar einmal die Herausforderung an die Arbeitsfelder. Da geht es aus meiner Sicht um das Thema Personalmix. Dabei geht es nicht um „Professionalität contra Ehrenamtlichkeit“, sondern es geht ja darum: Welchen Personalmix in der Professionalität brauchen wir? Ist diese Schwerpunktsetzung zugunsten der Pflegefachkräfte eigentlich zeitgemäß und richtig angesichts der Tatsache, dass in den Pflegeeinrichtungen eine völlig andere Klientel ist?

Das Zweite knüpft ein bisschen an das an, was auch Herr Dr. Messmer vorhin ausgeführt hat, nämlich das Thema „Akzeptanz von Pflegeeinrichtungen“. Sie haben gesagt, es wäre eine gute Möglichkeit, dass z. B. Pflegeeinrichtungen sich auch als Teil des Gemeinwesens begreifen. Gleichzeitig haben Sie – was ich einen ganz spannenden Ansatz finde – auch gesagt: Dann kann das aber nicht alles über die Pflegesätze finanziert werden. Ich möchte natürlich gern wissen: Haben Sie da schon Ideen? Können Sie sich da etwas vorstellen? Ich finde diese Idee insgesamt sehr spannend, zu sagen: Wir holen nicht nur die Kindergärten und Schulen usw. da hinein, sondern wir kombinieren z. B. eine stationäre Einrichtung auch damit, dass ein kleiner Dorfladen da drin ist oder

ein Café, das regelmäßig besucht werden kann, oder wir veranstalten Kulturveranstaltungen oder so etwas, sodass es Kultureinrichtung für die Region sein kann. Sozusagen eine Selbstverständlichkeit zu schaffen finde ich einen sehr spannenden Ansatz, um die Akzeptanz für so eine stationäre Einrichtung zu erhöhen und die Schwelle niedriger zu machen.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Frau Mielich. – Herr Kollege Reusch-Frey.

**Abg. Thomas Reusch-Frey SPD:** Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Frau Schilling, meine Damen und Herren! Frau Schilling, wir sind voll und ganz mit Ihnen einig, dass gute Arbeit die Grundvoraussetzung für eine gute Pflege und für gut motiviertes Pflegepersonal ist. Ich finde es bemerkenswert, dass Sie als diejenige, die von der stationären Einrichtung kommt, das Thema Beratungsstrukturen aufgegriffen haben, und zwar sehr klar. Da wollte ich nachfragen, auch von der Binnensicht einer stationären Einrichtung her: Welche Beratungsstrukturen brauchen wir? In welche Richtung müssen wir ausbauen? Ist das eine rein quantitative Angelegenheit, oder welche qualitativen Änderungen und Weiterentwicklungen brauchen wir an dieser Stelle?

Es hat mich auch erstaunt, dass Sie aus der Binnensicht des Pflegeheims wahrnehmen, dass Sie von der Zivilgesellschaft ein Stück weit gemieden werden. Könnte solch eine Beratungsstruktur auch dieses Element der bürgerschaftlichen Anbindung, der Zivilgesellschaft mit enthalten?

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Herr Reusch-Frey. – Herr Kollege Haußmann.

**Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP:** Frau Schilling, jetzt könnte man ja meinen: Wenn wir alle Grundschulklassen in die Pflegeheime bringen, haben wir den Nachwuchs gesichert. Ganz so einfach ist es natürlich nicht, aber vielen Dank für dieses schöne, leuchtende Beispiel, das Sie da genannt haben. Es zeigt, wie man die Generationen verbinden kann und wie man ein Stück weit auch junge Menschen sich mit dem Thema auseinandersetzen lassen kann.

Ich will aufgreifen, was auch der Kollege Reusch-Frey angesprochen hat: das Thema Beratungsleistungen. Vielleicht können Sie auch etwas zum Thema Pflegestützpunkte sagen. Man hat ja landesweit Pflegestützpunkte bei den Landkreisen verankert. Da wissen wir: Es gibt Landkreise, wo es sehr gut funktioniert und man noch mehr Leute brauchen könnte. Es gibt andere, wo man vielleicht noch mehr Impulse geben könnte. Sehen Sie im Thema Pflegestützpunkte auch einen Ansatzpunkt, oder müsste das mehr kommunal laufen?

Dann hatten Sie das Thema „Kurzzeitpflege und Tagespflege“ angesprochen. Mit entscheidend ist dabei sicherlich, wie die Refinanzierung läuft. Aber was sehen Sie denn



von Ihrer Seite als notwendig an, wenn man mehr Kurzzeitpflege und Tagespflege schaffen will? Sie haben auch das Stichwort Kommunikation genannt. Weiß man, ob es auch da Angebote gibt?

Vielleicht als dritter Punkt: Sie haben die Fachkraftquote und „mehr Flexibilisierung“ angesprochen. Vielleicht können Sie dazu auch noch einmal ein paar Ausführungen machen.

Danke schön.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Das ist ein ganzer Strauß an Fragen an Sie, Frau Schilling. Wir sind gespannt auf Ihre Antworten.

**Sv. Frau Schilling:** Zur allerersten Frage, zur Frage von Herrn Hollenbach: Ich sage einmal, der Pflegeberuf ist ein toller Beruf. Das müssen wir uns vielleicht auch wieder bewusst machen und stärker vor uns hertragen. Es ist ein Beruf mit Begegnungsmöglichkeiten. Man erlebt unglaublich viel Schönes.

Zu den Rahmenbedingungen für Pflegeeinrichtungen: Eine der Rahmenbedingungen ist sicherlich, glaube ich, die Größe der Häuser. Ich würde auch in der aktuellen Zeit keine ganz großen Einrichtungen mehr bauen, sondern glaube, dass Größen um die 50 bis 60 auch gut wirtschaftlich steuerbar sind. Das ist für stationäre Einrichtungen schon nicht klein.

Aber parallel – das ist ganz, ganz klar – brauchen wir einen Ausbau im Bereich von ambulanten Wohngemeinschaften. Ich gehöre nicht zu denen, die Platzhirsche sind. Ich glaube, wir haben genug Bedarf für alle, und wenn ein Geschäft gut und solide gemacht wird – ich will das aber nicht unbedingt nur ein „Geschäft“ nennen –, dann brauchen wir uns, glaube ich, keine Sorgen zu machen und uns immer wieder anpassen.

Deswegen hängt es meiner Einschätzung nach zu einem großen Teil auch von den Wohnbereichsgrößen ab, die wir gestalten – ob wir Größen haben, die für diejenigen, die dort wohnen, gut sind. Und diese sind bei uns in den stationären Pflegeeinrichtungen in sehr vulnerablen Situationen. Ich würde sagen, wir haben wirklich größtenteils Menschen, die es gar nicht mehr schaffen, in unseren Wohnbereichen im Haushalt unterstützend zu wirken, sondern deren Teilnahme darin besteht, dabei zu sein und in der Gemeinschaft zu sein. Es gibt natürlich ein klares Gemeinschaftskonzept – angesprochen zu sein –, aber aktive Handlungen weniger.

Die Schwierigkeit ist da einfach die der Personalsteuerung. Insbesondere, wenn wir Personaleinsatz räumlich orientiert definieren, kommen wir mit kleineren Wohnbereichen an unsere Grenzen, was die Fachkraftsituation angeht. Dann kann man das nicht gut abbilden. Es ist aus meiner Sicht durchaus möglich, zu sagen: Fachkräfte können auch eher wie ambulant funktionieren und über Bereiche springen, sofern die Mitarbei-

ter gut wissen, wo sie die Fachkraft erreichen können, und eine ausreichende Anzahl da ist. Da glaube ich tatsächlich, wie ich es in meinem Vortrag gesagt habe: Wir müssen die Vorbehaltsaufgaben anschauen, was wir da an Aufgaben haben, und da anfangen, neu zu definieren.

Zum Personalmix – also gut ausgebildete Mitarbeiter versus Mitarbeiter mit Erfahrung –: Ich glaube, das haben wir schon, weil wir teilweise manches gar nicht anders machen könnten. Ich bin eine absolute Gegnerin davon, Menschen in den Pflegeberuf zu geben, die dies nicht wollen. Man muss sich für einen Beruf immer entscheiden, insbesondere für einen Beruf mit Arbeit am Menschen; sonst geht das schief. Vor allem muss man bei manchen Diskussionen über den Einsatz von Arbeitslosen in der Pflege – solche Diskussionen werden durchaus auch schon geführt – immer überlegen: Was bedeutet es für die Pflegeteams vor Ort, diese Menschen auch noch begleiten zu müssen?

Ich sage das sehr bewusst. Es ist für uns auch manchmal schwierig. Wir sind sehr offensiv, was Auszubildende angeht. Wir geben deutlich auch jungen Menschen Chancen, die nicht unbedingt einen „guten“ Bildungshintergrund haben oder die ganz vieles noch mit erfahren müssen. Darüber sind wir froh; wir machen das gern. Wir merken Riesensprünge bei vielen jungen Menschen, wenn wir auch einmal mit einer Alltagsbegleitungsausbildung anfangen und dann irgendwann die Pflegefachkraft vor einem steht. Das ist schön.

Aber – das ist mein Ansinnen – auch bei der Praxisbegleitung brauchen wir eigentlich mehr, weil wir nur damit die Menschen gut anleiten und für diese Berufe binden können. Denn die jungen Menschen in Ausbildung erleben das Berufsfeld als hoch herausfordernd und Ansprüche an sie von allen Seiten stellend.

Aber es können, wenn der Personalmix stimmt, auch Menschen mit Erfahrung sein, die diesen Weg gehen wollen – Quereinsteiger. Dagegen haben wir überhaupt nichts; solche Personen haben wir in den Einrichtungen auch. Ich sage einmal, da muss dann die Haltung passen und der Wille da sein, den Weg zu gehen. Wir müssen – was wir auch tun – gegebenenfalls eigene Qualifizierungs- und Fortbildungsangebote zum Umgang mit bestimmten Verhaltensweisen und bestimmten Situationen vorhalten, also begleitet einführen. Aber natürlich ist Pflege oder Betreuung etwas anderes als Service in einem Hotel.

Zum Thema Freiwillige, zur Umsetzung von Freiwilligenarbeit: Aus meiner Sicht – darum fechten wir – ist es nicht gut, in unserem Feld mit Aufwandsentschädigungen zu arbeiten. Dadurch hat man eigentlich nicht wirklich eine Freiwilligkeit. Ich kann ein Beispiel nennen: Wir werden häufig von Menschen angerufen, die sagen: „Ich möchte freiwillig arbeiten.“ Dann frage ich, was sie denn tun möchten. Sie möchten jemanden individuell betreuen, und sie möchten dafür gern 10 € pro Stunde. Dann sage ich: „Tut mir leid, das ist aus meiner Sicht keine Freiwilligenarbeit.“

Wir müssen sehr stark mit Anerkennungsstrukturen arbeiten, mit dem, dass Freiwillige erfahren: Ich kann mich einbringen, und ich habe einen Wert in dieser Gesellschaft, auch über mein Berufsleben hinaus. Es muss für uns, der Gesellschaft, selbstverständlich werden, einen Dienst am Nächsten zu tun. Wie auch immer der aussieht. Das kann sehr unterschiedlich sein, das kann auch in verschiedenen Lebensphasen sehr unterschiedlich sein.

Die Kosten sehe ich viel mehr im Bereich der Steuerung von Freiwilligenarbeit. Dafür brauchen wir einfach auch Personal; das lässt sich nicht aus der Hosentasche machen. Die ganze Öffnung, die Gemeinwesenorientierung, die Arbeit mit Freiwilligen und Auszubildenden bedeutet im Hintergrund ganz, ganz viele Gespräche, viel Kommunikation über das Feld, in dem sie sind, damit das gut laufen kann.

Zum Thema „Orte als Gemeinwesen“, Frau Mielich, sage ich einmal vorweg: Ich selbst bin zum einen vom Grundberuf her Sozialpädagogin, habe Gerontologie studiert und leite eine Einrichtung. Wir halten „ambulant“ und „stationär“ vor, also eine stationäre Pflegeeinrichtung mit 66 Plätzen und gleichzeitig einen großen Wohnbereich, in dem wir einen eigenen ambulanten Dienst vorhalten. Ich glaube, da geht sehr, sehr viel, aber es muss noch stärker ins Bewusstsein kommen, dass es auch bei uns kulturelle Angebote und Ähnliches gibt. Wir haben aber das Glück, durch die räumliche Ausstattung vieles tun zu können. Für dieses Jahr schwebt mir tatsächlich vor, so etwas wie eine Inklusionsrunde zu machen, da ich manchmal den Eindruck habe: Im Bereich der Menschen mit Behinderungen sind wir da sehr weit, es gibt auch in den Volkshochschulprogrammen spezielle Angebote für Gemischtes – also für Inklusion, für gemeinsame Kreise. Für Ältere habe ich das noch nie gesehen. Ältere sind etwas anderes als Pflegebedürftige, aber es wäre schön, auch einmal zu sehen: „Kommen Sie in die Einrichtung; dort gibt es den gemeinsamen Singkreis.“

Denn wir haben natürlich ein Problem: Viele der Menschen bei uns sind nicht mehr so mobil. Wenn wir nach draußen gehen – „draußen“ meine ich jetzt schon im Sinne von „zur nächsten Volkshochschule“ –: Wir scheitern an Treppen, und wir scheitern schlichtweg an Händen, die uns begleiten. Wir scheitern nicht an dem Willen, das zu tun, nicht daran, das für die Menschen, die bei uns leben, zu ermöglichen.

Den Personalmix sehe ich für die nächste Zeit als eine wirklich wichtige Sache an – zum einen, weil – ich beobachte die aktuelle Entwicklung und bekomme es leibhaftig mit – es immer schwieriger wird, Pflegefachkräfte zu finden. Gleichzeitig wird tatsächlich manchmal auch einfach der Fachkraftquote zuliebe eine Entscheidung für einen Mitarbeiter getroffen, auch wenn man sagt: „Mal sehen, ob das auch gut geht.“ Das möchte ich hier so ehrlich sagen, wohlweislich, dass das nicht immer „politically correct“ ist. Aber wir haben leider die Situation, uns manchmal nicht qualifikationsorientiert entscheiden zu können, sondern einfach für die Fachkraft. Die Hände könnten wir tatsächlich manches Mal woanders her bekommen, wenn wir ein gutes Konzept hätten, da wir in dem Bereich von Menschen, die sich auf die Pflege und auf eine Arbeit in der Pflege

einlassen möchten, gerade von Menschen im mittleren Alter tatsächlich immer wieder Anfragen bekommen.

Eine genaue Idee dazu: Wir saßen schon daran, Frau Mielich. Ich hoffe, da kommen wir noch weiter. Das kann ich jetzt hier nicht in dieser Kürze präsentieren, da ich auch noch etwas zu den Beratungsstrukturen sagen möchte.

Die Beratungsstrukturen und die Beratung sind mir ein großes Anliegen. Aus meiner Sicht wird Beratung relativ häufig sehr verkürzt gesehen, im Rahmen einer Versorgungsberatung. Das finde ich sehr schade, denn wir müssen auch in diesem Feld in Lebenssituationen begleiten. Wenn man selber in der Einrichtung nicht so gebunden ist: Wir bekommen Menschen in Kurzzeitpflege. Wir bekommen manchen Menschen, der nicht viele Personen hat, die sich um ihn kümmern, aber der uns trotzdem sagt: „Ich möchte aber eigentlich in ein bestimmtes Heim.“ Das heißt: Es bleibt uns vorbehalten, diesen Wunsch zu unterstützen. Das machen wir auch, aber es bedeutet einen großen Aufwand, aus der Einrichtung heraus einen Pflegeplatz woanders zu suchen, so, dass es wirklich gelingen kann, dass Menschen dort wohnen und leben können, wo sie sich verbunden fühlen.

Ich glaube, wir können diesen Anspruch an Flexibilität tatsächlich auch leben, in einer guten Koexistenz mit allen, die da sind, und müssen uns nicht zurückgestellt fühlen, wenn wir Überbrückungssituationen liefern, sondern dürfen auch stolz darauf sein, wenn die Entscheidungsprozesse während dieser Zeit, in der es eine Überbrückung ist, gut begleitet werden können.

Von daher ist mir der Beratungsanteil ganz wichtig. Wir führen ihn sehr regelmäßig durch, wenn es um Umzüge aus unserem Wohnbereich in den Pflegebereich geht – was wir selten haben, da wir ambulant gut versorgen, aber dennoch. Der Bedarf nach einem bestimmten Pflegesetting hängt ja in der Regel nicht am Pflegebedarf, sondern häufig an persönlichen Komponenten eines Menschen, die er entwickelt – sei es Unruhe, sei es auch, dass es immer noch Menschen gibt, die sagen: „Ich möchte jetzt mehr Menschen um mich; dabei, in meiner eigenen Wohnung allein zu sein, fühle ich mich nicht mehr gut.“ Auch diese Entwicklung gibt es im hohen Alter. Wir beobachten bei Menschen mit Demenz, dass der Zug ins Gemeinwesen, in eine Gemeinschaft immer größer wird.

Damit möchte ich schließen und hoffe, zumindest kleine Impulse gegeben zu haben.

(Beifall)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Frau Schilling, für den Vortrag und die Beantwortung der Fragen. Einen besonders herzlichen Dank für den Satz: „Der Pflegeberuf ist ein toller Beruf.“ Wir haben heute Pflegeschüler aus dem Enzkreis und aus Pforzheim hier – ich weiß nicht, woher sonst noch. Sie werden das ganz bestimmt

gern gehört haben. Unsere Aufgabe, auch die der Enquetekommission, ist es, die Rahmenbedingungen für die Zukunft zu gestalten, damit es so bleibt und noch besser wird.

Ich darf nun Herrn Nils Opitz-Leifheit ans Mikrofon bitten.

**Sv. Herr Opitz-Leifheit:** Meine sehr geehrten Damen und Herren! Herzlichen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, hier unser Statement der Arbeiterwohlfahrt abzugeben. Lassen Sie mich zunächst Herrn Arnd von Boehmer entschuldigen, der hier eigentlich angekündigt war und der auch einen hervorragenden Vortrag ausgearbeitet hat, an dem ich mich weitgehend orientieren werde. Er ist von der aktuellen Grippewelle ereilt worden, und daher hat es eben mich getroffen. Sollte ich irgendwelche Ihrer weitergehenden Fragen, die nachher kommen, nicht beantworten können, ist es ohne Weiteres möglich, Ihnen da schriftlich etwas nachzuliefern – für den Fall, dass ich einmal passen muss; ich nehme aber an, dass das meistens nicht der Fall sein wird.

Zur Versorgungssituation im Land: Es gibt derzeit in Baden-Württemberg, wie wir denken, ein ausreichendes Angebot an stationären Pflegeplätzen. Etwa vor zehn Jahren konnte man das nur für die urbanen Ballungsräume sagen. Der Trend hat sich dann aber dahin gehend fortgesetzt, dass es inzwischen auch auf dem Land viel besser aussieht als noch vor zehn Jahren. Es wurden sehr viele kleine und mittelgroße Heime im ländlichen Raum gebaut, was ein bisschen dazu beigetragen hat, die Problematik zu entschärfen, dass die Menschen weite Anfahrtswege haben oder – weil das örtliche Heim, wie wir eben schon gehört haben, keinen Pflegeplatz bereit hält – nicht das Heim der Wahl nehmen können.

In den Jahren 2005 bis 2010 ist die Zahl der Plätze deutlich gestiegen – das war eine richtige Welle –, weil sehr viele private Investoren auf den Markt kamen, die Heime gebaut haben, und auch Investorenmodelle realisiert wurden. Das hat örtlich sogar zu Überangeboten geführt, die aber natürlich immer nur temporärer Natur sind und sich normalerweise wieder einpendeln – natürlich zum Nachteil derer, die da investiert haben. Wir haben da selbst leidvolle Erfahrungen machen müssen.

Wartezeiten auf einen Pflegeplatz sind deshalb heute eigentlich nur noch in kleineren abgelegenen Regionen im ländlichen Raum anzutreffen; das ist jedenfalls unsere Erfahrung. Das hat einen großen Vorteil für die Kunden, weil sie viel mehr freie Wahl haben, das Heim zu nehmen, das ihnen zusagt, und auch das Heim zu nehmen, das nah an ihrem Wohnort ist, was ja allein schon wegen der familiären Einbindung auch sehr wichtig ist.

Auch der Preis spielt dabei immer eine Rolle, und dieses leichte Überangebot, das teilweise da ist, führt natürlich zu mehr „Markt“ in diesem Bereich. Das kann man durchaus auch aus Kundensicht als wohltuend empfinden. Dies hat, wie wir festgestellt haben, bei uns den Bedarf, aktives Marketing zu betreiben, verfünffacht. Das ist aus Trägersicht nicht unbedingt schön. Aber Sie können daran sehen, dass man sich einfach mehr

bemüht, sich darzustellen. Man bemüht sich natürlich auch, mehr Pflegequalität anzubieten, die man ganz gezielt anbieten und „verkaufen“ kann.

Im Moment entwickelt sich aber die Bedarfskurve wieder steiler als das Angebot. Das stellen wir auch fest; es ist ja von Herrn Dr. Messmer vorhin schon ausgeführt worden: Es ist zum einen der weiter steigende Bedarf vorhanden, zum anderen aber haben wir das Problem, dass aus Gründen des Gebots der Einzelzimmer selbstverständlich in den nächsten Jahren sehr viele Plätze wegfallen werden und wir einen sehr großen Neubaubedarf haben werden. Es wurde ja schon gesagt: Man kann natürlich auch aus Doppelzimmern Einzelzimmer machen; das haben wir auch in einem Heim gemacht, sehr zugunsten der Bewohner mit ihren jetzt sehr großen Zimmern. Das ist aber nicht für jeden Träger und für jedes Haus machbar. Es erhöht natürlich auch überhaupt nicht die Zahl der Plätze, sondern diese müssen durch Neubau entsprechend geschaffen werden.

Uns liegt eine aktuelle Studie der Unternehmensberatung TERRANUS aus Köln vor. Die geht aus diesem Grund ebenfalls von einem deutlichen Pflegeplatzrückgang in Baden-Württemberg in den nächsten Jahren aus. Das ist eigentlich eine ganz spannende Geschichte, wenn man sich vor Augen führt, dass wir ja einen erhöhten Bedarf haben werden.

Wer aus anderen Bundesländern nach Baden-Württemberg schaut, erkennt sehr schnell, dass hier ein hoher baulicher Standard vorherrscht. Die Zahlen bezogen auf die Flächen, die Bewohnerorientierung in der Architektur und auch die Qualität der Möblierung sind hier durchaus überdurchschnittlich. Aber man rechnet hier auch bei den Kalkulationen mit über 40 Jahren Abschreibungsdauer. Da haben wir selbst – unsere Heime hier in Württemberg sind in den letzten zehn Jahren alle entweder grundsaniert oder sogar neu gebaut worden – festgestellt: Wir mussten diese Heime in aller Regel nach 25 bis 30 Jahren neu bauen. Angesichts der weiteren Entwicklung, die wir in allen Sektoren haben, ist eigentlich nicht davon auszugehen, dass man die jetzt gebauten Häuser wirklich 40 Jahre nutzen kann – im Einzelfall vielleicht, aber sicherlich nicht in der Regel.

Der sogenannte „baden-württembergische Weg“, der hier schon mehrfach angesprochen wurde, impliziert zwar einerseits einen „vorderen Tabellenplatz“ unter den Bundesländern bei der Höhe der verhandelten Entgelte und auch entsprechend bei den Heimkosten, aber das führt leider gar nicht dazu, dass die Refinanzierungssituation leichter oder besser wäre. Wir haben hier nicht umsonst auch z. B. die höchsten Gehälter bei den Pflegebeschäftigten im Bundesvergleich, und auch andere Kosten sind gegenüber anderen Regionen erhöht – wenn ich jetzt einmal nur die Region Stuttgart nehme und was da für Kosten für Bestimmtes anfallen.

Zur Größe der stationären Einrichtungen wurde schon einiges gesagt. Aus unseren Erfahrungen denken wir, dass solitäre Pflegeeinrichtungen – das Wort „solitär“ ist hierbei ganz wichtig – mit weniger als 40 Plätzen eigentlich nicht vernünftig und kostendeckend

zu betreiben sind. Dabei geht es nicht nur um Kostendeckung, sondern es geht hier auch um die Qualität, die man anbieten will. Ich nenne nur als Beispiel das Vorhalten einer eigenen Küche für die Bewohner, um kein Catering-Unternehmen bemühen zu müssen. Da gilt also nicht automatisch: Je kleiner, desto besser. Aber es lässt sich natürlich – deswegen das Wort „solitär“ eben – mit Synergieeffekten von kleinen Heimen, die in einigermaßen passabler räumlicher Nähe zueinander sind, auch für die Träger kleiner Heime machen – da haben wir auch inzwischen eine ganze Reihe –, ohne dass deshalb die Qualität leidet.

Nach oben orientieren wir uns schon seit Jahren an dieser Zahl von 100 Plätzen, aber auch da ist zu sagen, dass natürlich durch die Art und Weise der architektonischen Gestaltung, durch die modulare Bauweise, durch die Flure und Gruppen, durch die sich ein Pflegebedürftiger auf seiner kleinen „Station“ auch geborgen fühlen kann und seine Kontakte hat, „groß“ überhaupt nicht „schlecht“ sein muss und auch nicht als groß empfunden werden muss. Gerade in großstädtischen Verdichtungsräumen wie mitten in Stuttgart sehen unsere Heime mit über 100 Plätzen von außen sehr groß aus; wenn man sich darin aufhält, wirken sie dann plötzlich nicht mehr so.

Jetzt zur Pflege aus Sicht der Kunden betrachtet: Sie alle wissen wahrscheinlich, dass der MDK in seinen Bewertungen und Noten den Heimen hier eine 1,1 ausgestellt hat. Damit sind wir in Baden-Württemberg bundesweit richtig gut. Aber diese Noten des MDK sind aus Kundensicht nicht allzu brauchbar. Wenn sich – ich sage es einmal etwas salopp – alles zwischen 1,0 und 1,3 bewegt, ist die Aussagekraft natürlich nicht mehr sehr groß. Deswegen braucht man andere Parameter und Möglichkeiten, Qualität darzustellen und dem Kunden zu vermitteln und transparent zu machen.

Es zeigt auch, dass die Qualität in unseren Heimen inzwischen wirklich hoch ist. Das darf man natürlich dabei nicht vergessen. Das, denke ich, ist durch diesen Mix von Qualitätssicherung und Management, aber auch durch die Wettbewerbssituation, die ich eben schon ansprach, und natürlich auch durch die gestiegene Dichte externer Kontrollen zustande gekommen.

Die objektive Qualität geht mit einer großen subjektiven Zufriedenheit einher. Wir führen jährliche Befragungen der Bewohner und ihrer Angehörigen durch – immerhin seit 2003. Zahlreiche Umfragen – auch unter der Wohnbevölkerung im Umfeld –, die immer wieder durchgeführt werden, zeigen eine große Skepsis gegenüber Pflegeheimen. Sobald man mit der stationären Pflege als Kunde, als Pflegebedürftiger oder auch als Angehöriger zu tun hat, verkehrt sich diese große Skepsis und dieses Vorurteil – es klang ja schon mehrfach an, wie schrecklich Pflegeheime doch sind – oft sehr ins Positive, wenn man erlebt, wie heute der Alltag in den Pflegeheimen tatsächlich ist.

Als genereller Trend aber lässt sich feststellen, dass es natürlich so etwas wie „Heimvermeidung“ gibt. Das ist auch nachvollziehbar. Man versucht erst, alle anderen Möglichkeiten auszuschöpfen, um das Aufsuchen eines Pflegeheims zu vermeiden, und entscheidet sich oft zunächst für andere Pflegeformen. Das ist ja auch richtig so.

Die Pflegebedürftigen, die heute in ein Heim ziehen, sind älter und multimorbider als jemals zuvor. Ihre durchschnittliche Verweildauer liegt bei etwa zehn Monaten. Der Anteil an Demenzkranken ist stark gestiegen und liegt derzeit bei rund 60 %. Das hat natürlich einerseits steigende Fallzahlen zur Folge, was viel mehr Arbeit macht, aber auch veränderte und intensivere Betreuungsbedarfe. Ich will hier nur ein kleines Beispiel aus einem Heim in Stuttgart nennen, wo wir in der Station mit sehr vielen Demenzerkrankten berücksichtigen müssen, dass sehr viele Menschen eine Tag-Nacht-Umkehr haben und nachts sehr aktiv sind und auch essen möchten. Das kann man mit den kalkulierten und bezahlten Schlüsseln an Personal überhaupt nicht leisten und muss dann als Träger einspringen.

Jetzt noch ein paar Worte aus der Sicht der Beschäftigten. Ich kann es ganz kurz machen: Es wurde mehrfach gesagt und auch wir sehen das so: Die Akzeptanz und die gesellschaftliche Anerkennung der Arbeit im Pflegeheim und in der Pflege ist zu niedrig, und diese Arbeit ist auch eigentlich nicht gut genug bezahlt. Wir hinken immer noch deutlich hinter den Krankenhäusern, hinter den Krankenpflegebezahlungen hinterher, obwohl der Mangel an Pflegefachkräften in den letzten Jahren ja zum Teil zu außertariflichen und etwas irregulären Sprüngen in den Gehältern beim Pflegepersonal geführt hat.

Viele Pflegekräfte sind mit Leidenschaft dabei und gehen an persönliche Grenzen. Zur Wahrheit gehört auch: Die Berufswahl zugunsten der Altenpflege ist nicht immer von einem positiven Zuspruch gegenüber der Aufgabe und von gesellschaftlicher Verantwortung begleitet. Da ist es natürlich gar nicht hilfreich, wenn immer wieder Horrorszenerien an die Wand gemalt werden, wie schrecklich es in Heimen zugeht, weil diese sehr professionelle, leidenschaftliche und gute Arbeit natürlich damit auch sehr kompromittiert wird.

Für die Pflegefachkräfte sind das in gewisser Hinsicht natürlich rosige Zeiten, weil sie manchmal die schon gerade genannten frei verhandelten Sprünge ihrer Gehälter durchsetzen können, weil man sich zum Teil schon in einem relativ wilden Arbeitsmarkt die Pflegekräfte gegenseitig mit Prämien abjagt, was sicherlich für die gesamte Branche keine gute Situation ist. Der Grund dafür ist natürlich die asymmetrische Verhandlungsposition, die die Träger mit den Kostenträgern hatten, bei denen es nicht möglich war, höhere Pflegesätze zu bekommen.

Der Krankenstand in Pflegeberufen ist gegenüber dem Durchschnitt aller Erwerbstätigen deutlich erhöht. Das ist hier, glaube ich, heute auch noch nicht gesagt worden. Die häufigsten Erkrankungen betreffen, wie man sich denken kann, den Bewegungs- und Knochenapparat – durch die körperlichen Belastungen –, aber auch psychosomatische Erkrankungen spielen eine große Rolle; man denke dabei auch an die schwierigen Arbeitszeiten. Deswegen entwickeln wir als Reaktion darauf Strategien der täglichen Gesundheitsförderung.



Jetzt noch ein paar Worte aus Sicht der Einrichtungsträger: Wir haben natürlich große Probleme, Personal zu rekrutieren, so wie alle anderen großen Träger. Wir versuchen, dem entgegenzuwirken, indem wir einerseits versuchen, ein attraktiver Arbeitgeber zu sein. Das ist natürlich nicht ganz einfach, aber da muss man sich wirklich Konzepte ausdenken und sich darum bemühen, dass man nicht nur monetär, sondern auch im nichtmonetären Bereich den Mitarbeitern einen Arbeitsplatz bietet, von dem sie nicht gern weggehen. Dazu gehört natürlich auch, dass man selbst ausbildet und damit versucht, die Auszubildenden früh an die eigenen Einrichtungen zu binden und heranzuführen.

Da haben wir – das sei an dieser Stelle gesagt – natürlich auch Sorge vor der geplanten und auch durchzuführenden generalistischen Pflegeausbildung, die ganz viele positive Aspekte mit sich bringen wird – das sehen wir auch –, die aber u. a. natürlich zur Folge hat, dass in einer gemeinsamen Ausbildung man weniger Zeit in den Heimen verbringt und weniger Anbindung an unsere Einrichtungen haben wird und hinterher die Wahl zwischen zwei Berufen hat, von denen der im Krankenhaus deutlich besser bezahlt wird. Ich glaube, da müssen sich Bundesregierung und Landesregierung noch einiges ausdenken, um die nicht gewollten Effekte, dass wir dann in diesem Bereich plötzlich einen noch größeren Personalmangel haben, zu vermeiden, denn das ist genau das, was wir nicht gebrauchen können.

Eines wurde schon gesagt: Der Personalschlüssel, der heute üblich ist, orientiert sich noch an den Bedarfsmessungen aus den Neunzigerjahren. Seitdem haben sich aber – ich sagte es schon – Multimorbidität, Demenzerkrankungen etc. in den Heimen deutlich erhöht – auch das Durchschnittsalter ist heute höher –, sodass dort eine Nachjustierung dringend erforderlich scheint. Wenn wir aber sehen, dass diese Probleme größer sind, dann ist natürlich auch klar, dass die Lösung nicht dadurch geschehen kann, dass man mehr weniger ausgebildete und weniger qualifizierte Leute einbindet, sondern dann will man natürlich eher noch mehr Qualifizierte.

Ich versuche, mit einem Wort zur Vernetzung zum Schluss zu kommen: Für uns sind offene Heime, die in den Stadtteil, in den Ort hineinstrahlen, in die möglichst viele Leute von außen hineinkommen – Vereine, Organisationen, Ehrenamtliche, die mit den Pflegeheimbewohnern auch kulturell und kommunikativ viel machen –, seit Jahren eine Selbstverständlichkeit. Das halten wir für sehr, sehr wichtig. Wir sehen auch – sowohl in den Großstädten als auch in kleinen Orten –, dass das im Großen und Ganzen sehr gut gelingt.

Der Rest, das, was ich sonst noch vorgetragen hätte, bietet sich vielleicht bei Ihren Fragen an.

Danke schön.

(Beifall)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Herr Opitz-Leifheit. – Ich habe jetzt Wortmeldungen vorliegen. Ich darf daran erinnern: Je kürzer die Fragen sind, umso mehr Zeit bleibt für die Antworten. – Herr Hollenbach beginnt.

**Abg. Manfred Hollenbach** CDU: Trotz dieser Ermahnung erlaube ich mir vor der Fragestellung eine kleine Vorbemerkung. – Herr Opitz-Leifheit, Sie haben den anerkennenden Worten von Herrn Dr. Messmer ja noch etwas draufgesetzt und der Pflegesituation im Land Baden-Württemberg eine – so möchte ich sagen – Eins mit Sternchen gegeben. Ich bestätige dies aus meiner laienhaften Beobachtung aus der etwas größeren Distanz. Ausreichendes Angebot, gute bauliche Verhältnisse, und auch die Einkommensmöglichkeiten in den Pflegeberufen sind in Baden-Württemberg besser als anderswo – also positiv.

Aber Sie haben auch die andere Seite der Medaille genannt, nämlich: Was muss getan werden, um den Herausforderungen der Zukunft gerecht zu werden? Ich unterstütze es, wenn Sie sagen, dass wir in den nächsten Jahren trotz der guten Angebote einen Neubaubedarf und Baubedarf haben. Sie haben auch das Thema der Finanzierung angesprochen. In der Vergangenheit gab es ja Zuschüsse aus öffentlichen Kassen; jetzt muss es über den Tagessatz finanziert werden. Sie haben 40 Jahre Abschreibung beanstandet. Erwarten Sie, dass da eine Änderung der heutigen Regeln vorgenommen wird? Eine Änderung z. B. auf 25 Jahre Abschreibung, was ich durchaus für realistisch halte, denn die Welt dreht sich so schnell, dass die Abschreibung hier eine andere als bei sonstigen Immobilien ist. Das ist das eine.

Das Zweite ist: Erwarten Sie auch andere Rahmenbedingungen, was die Struktur der Häuser angeht? Auf der einen Seite die reinen Pflegeplätze, aber auf der anderen Seite angegliederte Wohnbereiche, die Sie ja auch genannt haben. Da haben wir meines Erachtens restriktive Vorschriften, dass nämlich nicht mehrere Wohngemeinschaften in der Nähe sein dürfen. Müssten da Veränderungen der gesetzlichen Vorschriften vorgenommen werden, und, wenn ja, welche?

Sie sagten, Ausbildung ist wichtig. Auch da die Frage: Hätten Sie Vorschläge, in welcher Form man die Ausbildung attraktiver machen könnte? Was müsste da noch an Angeboten gemacht werden?

Das wären meine Fragen.

**Abg. Bärbl Mielich** GRÜNE: Herr Opitz-Leifheit, erst einmal herzlichen Dank für Ihre Ausführungen. Ich finde, es ist sehr deutlich geworden, dass Sie eine ganz klare Trägersicht darstellen. Da vermisse ich einfach ein paar innovative Ansätze. Ich finde – ganz im Gegensatz auch zu meinem Vorredner Hollenbach – in keinster Weise, dass die Anforderungen der Zukunft die sind, zu sagen: „Wir brauchen Neubau.“ Vielmehr finde ich, dass es – auch gerade vor dem Hintergrund dessen, dass wir im letzten Jahr das WTPG auf den Weg gebracht haben, mit dem wir neue Ansätze in die Umsetzung gebracht haben – darum geht, zu schauen, wie Menschen leben wollen, und diese Ana-

lysekonzepte als Antwort gegenüberzustellen, die etwas ganz anderes darstellen als nur die Fortsetzung des Status quo. Da habe ich bei Ihnen ein bisschen vermisst, dass Sie diese Innovationen stärker nach vorn bringen.

Da sind ja diese Fragen, die wir gestellt haben, wenn es z. B. um den Personalmix geht. Mich würde jetzt auch noch einmal Ihre Meinung interessieren: Teilen Sie diese Haltung, dass es darum geht, z. B. bei der Fachkraftquote in Zukunft eine ganz andere Zusammensetzung zu erreichen – also weg von der Fokussierung auf die Pflegefachkraft hin zu dem Spektrum der Professionen, die es ja insgesamt in den Pflegeeinrichtungen gibt? Das ist das eine.

Das Zweite ist die Verknüpfung von Profession und Ehrenamt. Da würde mich noch einmal interessieren: Wie wird das denn in Ihren Einrichtungen umgesetzt?

**Vorsitzender Helmut Walter Rück:** Frau Kollegin Wölfle.

**Abg. Sabine Wölfle** SPD: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Herr Opitz-Leifheit, Sie haben soeben erwähnt, dass Sie, glaube ich, seit 2003 Umfragen unter den Bewohnern und den Familienangehörigen machen. Da wird sicherlich nicht nur Kritisches zutage kommen, sondern vielleicht auch Anregungen. Was würden Sie aufgrund dieser Umfragen sagen: Was sind die fünf Merkmale, die eine gute stationäre Einrichtung ausmachen? Ich frage das auch vor dem Hintergrund, dass es in der öffentlichen Diskussion immer wieder die Fragestellung gibt: Brauchen wir überhaupt noch stationäre Einrichtungen? Kann man nicht in Zukunft einfach mit Pflegearrangements mehr zu Hause pflegen?

Sie haben in Ihrem Vortrag erwähnt, dass die durchschnittliche Verweildauer bei zehn Monaten liegt und dass über 60 % der Bewohner Demenzerkrankte sind. Es geht darum, dass die Pflegeheime nicht irgendwann sozusagen der letzte Ausgang sind. Wie kann man die Pflegeheime in dem Ansehen der Bevölkerung aufwerten? Da interessiert mich, ob Ihre Umfragen fünf Punkte dazu herauskristallisiert haben: Warum brauchen wir Pflegeheime, und warum sind sie gut?

**Abg. Florian Wahl** SPD: Herr Opitz-Leifheit, ich habe noch zwei Fragen. Erstens: Wie bewerten Sie den zukünftigen Einsatz von Pflegekräften? Die andere Frage wäre: Warum gibt es nicht schon längst einen einheitlichen „Sozialtarif“, und warum gestaltet sich der Prozess, einen solchen zu bekommen, so schwierig?

Danke.

**Abg. Thomas Poreski** GRÜNE: Herr Opitz-Leifheit, auch von mir einen herzlichen Dank. Ich habe nur eine Nachfrage. Uns hat in einer früheren Sitzung schon einmal das Thema der sich verändernden Bedarfe, das Sie angesprochen haben, und der sich daraus ableitenden Bedarfsbemessung beschäftigt. Meine Frage ist einfach: Haben Sie

von Ihrer Seite aus konkrete Vorschläge, wie eine objektivierbare und transparent nachvollziehbare Bedarfsbemessung künftig aussehen sollte, relativ zu dem Aufwand, der jeweils zu leisten wäre? Wenn es so etwas gäbe, würde das ja, denke ich, die Debatte deutlich versachlichen und natürlich auch dem vorbeugen, dass Pflegekräfte in bestimmten Institutionen komplett ausgebrannt werden.

**Abg. Jochen Haußmann** FDP/DVP: Herr Opitz-Leifheit, ich habe meine Fragen stark dezimiert, sonst wird es sicherlich zeitlich knapp. Deswegen spreche ich nur zwei Bereiche an. Einmal: Sie hatten ja die Thematik „Herausforderung der Finanzierung und Refinanzierung“ angesprochen, die auch in dem Text von Herrn von Boehmer formuliert wurde. Vielleicht können Sie dazu noch einmal etwas sagen. Wir haben ja die Situation: Wir machen in der Landesheimbauverordnung bzw. mit dem WTPG Rahmenvorgaben, und die Träger stehen dann vor der Herausforderung, sich mit dem KVJS in die Verhandlungen zu begeben, was wir dann in der Landespolitik häufig nicht mehr mitbekommen. Also: Was müsste man tun, damit auch ein Stück weit die Finanzierbarkeit für das Personal sichergestellt wird, auch im Hinblick auf das Thema der Finanzierbarkeit von neuen Pflegeheimen oder auch Umbaumaßnahmen? Dazu wurde auch etwas beschrieben. Im Text steht auch, man könnte sich vorstellen, dass auch die L-Bank wieder ein Stück weit mitgeht.

Der zweite Punkt – er wurde heute noch nicht angesprochen –: Da ich auch weiß, dass die AWO da sehr innovativ ist, würde ich gern noch einmal ansprechen, dass die Themen „Kultursensible Pflege“ und „Pflege für Menschen mit Migrationshintergrund“ im Moment noch nicht so stark ausgeprägt sind, aber in Zukunft stärker kommen. Die Arbeiterwohlfahrt ist da ja sehr engagiert. Vielleicht können Sie noch etwas zu dieser Perspektive sagen.

Danke.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank für die Fragen. Es waren 9 Minuten und 30 Sekunden. – Sie haben jetzt noch 10 Minuten und 30 Sekunden zur Beantwortung – eine Herausforderung.

**Sv. Herr Opitz-Leifheit:** Ich versuche, es ganz schnell und kurz so zu machen, dass die meisten Fragen dann hoffentlich beantwortet werden.

Zuerst zu Herrn Hollenbach: Ja, eine Absenkung der Abschreibung von 40 Jahre auf, ich sage einmal, 30 oder 25 Jahre wäre natürlich eine Hilfe. Es wäre auch eine Anpassung an die Realität. Es geht ja nicht darum, dass wir da etwas Unbotmäßiges fordern, sondern etwas, was die Realität uns eigentlich aufzwingt.

Zur Struktur und angegliederten Wohnbereichen: Die Arbeiterwohlfahrt ist ein Träger, der das WTPG durchaus sehr begrüßt hat, weil damit neue Möglichkeiten, diese WTPG-Wohngemeinschaften geschaffen wurden, die bestimmte Nischen, bestimmte

Ansprüche von Pflegebedürftigen sehr gut bedienen können, und wir greifen das auch selbst auf. Es wurde in dieser Woche erfreulicherweise in einem Gemeinderat in Nordwürttemberg beschlossen, dass wir die Trägerschaft eines dortigen Pflegeheims bekommen. Dort bauen wir ein Pflegeheim, richten Kurzzeitpflege und betreutes Wohnen ein. Wir binden in Kooperation mit dem örtlichen Kreisverband, der die ambulanten Dienste dort anbietet, auch eine WTPG-Wohngemeinschaft mit in diesen Komplex ein. Da sind wir, glaube ich, einer der Träger, die das ganz bewusst angehen und auch nutzen.

Ich nenne nur das Stichwort „Demenz-WGs“. So etwas haben wir in Württemberg schon seit einigen Jahren. Darauf sind wir auch recht stolz. Wir halten uns auch durchaus für recht innovativ und bilden ja auch die ganze Pflegekette ab. Wir haben, ich glaube, fünf ambulante Dienste in Württemberg, in Baden noch mehr, sodass wir da nicht auf die Sicht der stationären Altenpflege fixiert sind, sondern eigentlich die ganze Pflegekette sehen. Deswegen darf man diese Bereiche meiner Ansicht nach nicht gegeneinander ausspielen, sondern man muss schauen, dass man die Übergänge zwischen ihnen möglichst fließend ermöglicht, damit für die Bewohner mehr Autonomie möglichst lange möglich ist.

Frau Mielich fragte, ob Neubauten in diesem Maß überhaupt nötig seien. Wir glauben doch. Ich bin jetzt schon sehr lange in diesem Metier tätig, seit Mitte der Neunzigerjahre. Es haben schon damals ganz schlaue Experten gesagt: „Wir brauchen bald keine Pflegeheime mehr.“ Wir stellen einfach anhand der Pflegeheime, die immer mehr werden und auch alle voll sind, wenn sie dann länger und gut laufen, fest, dass das nicht so ist; denn die Multimorbidität und die Lebenserwartung nehmen zu. Deswegen sind diese zusätzlichen Angebote ganz wichtig als Nische, als Zusatzangebot, aber sie ersetzen unserer Ansicht nach die stationäre Pflege nicht und auch nicht den Bedarf an weiteren Plätzen. Ich glaube, da gibt es bei manchen ein Missverständnis.

Dann zum Personalmix: Ich habe das eben nur sehr kurz ausführen können. Ich glaube schon, dass es nicht möglich ist, den Fachkraftanteil abzusenken. Wir befürworten ja auch eine Akademisierung der Pflege. Das muss aber natürlich damit einhergehen, dass das in einem bezahlbaren Rahmen bleibt; das ist völlig klar. Es kann sozusagen auch nicht jeder Altenpfleger Akademiker sein. Ich denke, es ist eine Illusion, dass so etwas geht, allein schon finanziell.

Die Einbindung von Ehrenamtlichen ist uns aber sehr wichtig. Das passiert natürlich nicht so, dass diese Ehrenamtlichen Aufgaben übernehmen, die auch Pflegefachkräfte oder auch Pflegehilfskräfte übernehmen, sondern da geht es darum, dass damit die Autonomie der Bewohner gestützt und das soziale Miteinander in den Heimen verbessert wird.

Ich versuche, den Überblick über die Fragen zu behalten. Ich hoffe, dass ich die Reihenfolge einhalte.

Fünf wichtige Merkmale eines guten Heims zu nennen, fällt uns gar nicht so sehr schwer, wenn wir da die Befragungen machen. Was natürlich eine Basisvoraussetzung ist – das kann ich ganz kurz machen –, ist, dass die Pflege selbst professionell sehr gut ist; ich glaube, das kann man abhaken. Da darf man sich keine Blößen und Schwächen geben; die Pflege muss professionell und gut geleistet werden.

Aber danach kommt bei den Bewohnern gleich die gute Qualität des Essens, und deswegen ist es bei uns sehr wichtig, dass wir in jedem unserer Heime auch eine eigene Küche haben, denn dann kann man auf die Bedürfnisse der Bewohner ganz anders eingehen, als man das sonst könnte. Ich sprach ja eben auch schon von dem Nachtessen, das es manchmal gibt.

Dann ist einfach eine offene und freundliche Atmosphäre sehr wichtig. Die hat wiederum viel mit der Öffnung des Heims gegenüber dem Stadtteil oder der Gemeinde zu tun, dass da einfach viel los ist. Die Leute wollen etwas erleben und wollen auch das Gefühl haben, wirklich Teilhabe am öffentlichen Leben zu haben. Als Beispiel nenne ich ein Pflegeheim von uns in Kornwestheim: Da gibt es ein großes Fernsehzimmer. Der Fernseher musste zur Seite gestellt werden, denn man blickt aus dem sehr großen Panoramafenster direkt auf die Hauptkreuzung der Stadt, mit Haltestelle, Supermarkt und allem Drum und Dran. Wenn man vor die Tür tritt, ist man auch gleich in dem Geschehen. Das ist heute viel wichtiger als vor, ich sage einmal, 20, 30 Jahren, als Pflegeheime ganz weit draußen im Wald gebaut wurden, wo die Grundstücke billig waren. Das ist ein Trend, den wir nie mitgemacht haben.

Dann ist wichtig, dass man auf viele Kleinigkeiten an Bedürfnissen der Bewohner eingeht. Ich will nur ein Beispiel nennen: Die Kleidung der Bewohner sollte im Heim gewaschen werden, von einem selbst, weil es ein ständiger großer Ärger für die Leute ist, wenn die Knöpfe fehlen oder nur noch ein Strumpf wiederkommt. An solchen kleinen praktischen Dingen zeigt sich oft die Qualität eines Heims oder das Wohlbefinden der Bewohner, um es so zu sagen. So viel vielleicht zu diesen Punkten des Heims.

„Sozialtarif“: Das beantwortet dann gleich noch eine weitere Frage, nämlich die der Refinanzierung der Heime. Wir sind ein bisschen stolz und ein bisschen optimistisch. Die Arbeiterwohlfahrt hat letztes Jahr in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege den Vorsitz gehabt. Wir haben das genutzt, um Bemühungen anzustoßen, einen gemeinsamen „Sozialtarif“ der großen Träger hinzubekommen. Wir sind da auf einem relativ guten Weg und haben es jetzt auch erreicht, dass die Bundesregierung diesen Weg mitgehen und mitbegleiten will, weil das nicht ganz ohne gesetzliche Maßnahmen geht. Wenn es uns gelingen sollte, dass wirklich alle großen Träger – also auch die kirchlichen – hier ein gemeinsames Tarifwerk anwenden, dann ist natürlich die Position bei Verhandlungen von Pflegesätzen eine völlig andere. Auch das Unwesen des gegenseitigen Abwerbens, das ja viel Unsicherheit und Unruhe in diesen Markt bringt, wäre ein bisschen abgemildert oder vielleicht sogar überflüssig. Das wäre ein Eckpunkt für eine bessere Refinanzierung von Heimen.

Aber wir sehen natürlich auch mit Sorge, dass wir aufgrund der höheren Fallzahlen, die wir jedes Jahr haben, und der kürzeren Verweildauern diese Auslastungsquote von über 94 %, die in der Kalkulation vorausgesetzt wird, heute eigentlich nicht mehr so erreichen können. Da wäre auch ein Nachjustieren dringend erforderlich und würde die Refinanzierung der Heime deutlich erleichtern.

Das mit der Abschreibung habe ich eben schon gesagt. Das wären drei Punkte dazu.

Zur kultursensiblen Pflege – die Arbeiterwohlfahrt macht ja auch sehr viel im Bereich der Migrantenbetreuung und der Flüchtlingsbetreuung – stellen wir fest, dass es uns eigentlich schon lange ein Anliegen ist, das auch in der Pflege stärker zu berücksichtigen und entsprechend auch wahrzunehmen. Wir stellen aber gleichzeitig fest – Herr von Boehmer hat es in seinen schriftlichen Ausführungen auch geschrieben –, dass bei den Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland die Neigung, es irgendwie in der Familie hinzubekommen und möglichst lange dort zu machen, noch größer ist als in der deutschen Bevölkerung, sodass der Bedarf im Moment einfach noch nicht da ist. Wenn man da jetzt große Angebote schaffen würde, würde man große Gefahr laufen, dass diese Angebote nicht ordentlich wahrgenommen werden und demnach auch nicht refinanzierbar sind. Aber wir sind da konzeptionell gerüstet und stehen quasi in den Startlöchern. Wir sind uns sicher, dass das in den nächsten Jahren stark zunehmen wird.

Zur Bedarfsmessung kann ich eigentlich nur sagen: Ich weiß nicht, ob meine Fachleute das anders sehen. Die Arbeiterwohlfahrt ist ja kein wissenschaftliches Institut. Wenn wir über die Jahre und im ganzen Land verteilt – im ganzen Bundesgebiet haben wir, die Arbeiterwohlfahrt, über 2 000 Heime – unsere Heime und unsere ambulanten Dienste betrachten, dann ist das für uns eigentlich der wichtigste Seismograf, an dem wir feststellen: Wie entwickelt sich der Bedarf? Wenn die also alle nicht vernünftig ausgelastet wären, dann würde man daran automatisch sehen, dass der Bedarf offensichtlich nicht weiter steigt. Wenn wir einmal unterstellen, dass wir nicht viel, viel besser als alle Konkurrenten sind, sondern einfach nur ein normal guter Anbieter von Pflegeheimen, dann gehen wir davon aus, dass alle anderen Träger ähnlich gefüllte Plätze haben, und das ist für uns einfach der Gradmesser. Ansonsten stützen wir uns dabei auch eher auf wissenschaftliche Expertisen.

Ich habe noch zwei Minuten und sicherlich noch nicht alle Fragen beantwortet.

Warum war das mit dem „Sozialtarif“ so schwierig? Es ist natürlich immer schwierig, mehrere ganz große Träger für solche Fragen überhaupt an einen Tisch zu holen. Es war erstaunlich schnell machbar, sich auf eine gemeinsame Gehaltstabelle zu verständigen. Das fand ich sehr interessant. Die Gehälter liegen auch in der Tat bei den großen Trägern nicht sehr weit auseinander, und man ist natürlich nie sehr weit von dem entfernt, was Bund und Länder im Tarifgeschehen zahlen. Aber die kirchlichen Träger haben mit ihrem „dritten Weg“ natürlich das Problem, dass es bei ihnen nicht „Tarifvertrag“ heißen soll oder darf. Deswegen wird da noch ein bisschen gefeilt, wie man trotz-

dem dahin kommt, dass sich so viele auf ein Tarifwerk oder auf eine Bezahlung einigen, dass es auch für die anderen verbindlich wird. Das ist ja eigentlich der Knackpunkt.

Es gibt natürlich auch – wie beim Paritätischen Verband – Verbände, die einfach ganz objektiv große Probleme haben, weil bei ihnen die Vielfalt so riesig ist und auch die Bezahlung so stark auseinanderdriftet, dass die Probleme haben, ihren Verband gut zu vertreten. Aber auch das ist inzwischen dort eingefangen.

(Zuruf: Ausländische Pflegekräfte!)

„Ausländische Pflegekräfte“ war ein Stichwort. Wir machen da auch mit, sage ich einmal. Wir halten es für ganz wichtig, dass man da Wege geht und ausprobiert. Wir sind an einem Bundesmodellprojekt beteiligt, mit dem Bundeswirtschaftsministerium, bei dem auch die Caritas mitwirkt, mit dem vietnamesische Pflegekräfte hier in die Pflege integriert werden und gleichzeitig in Vietnam die Pflegeausbildung durch uns mit begleitet und verbessert wird. Wir haben damit insgesamt positive Erfahrungen gemacht, aber wir sind uns auch völlig sicher, dass das keine Lösung des Problems der zu geringen Pflegekraftzahlen ist. Ich glaube, die Pflegekräfte müssen wir weiterhin zu weit über 90 % hier im Inland rekrutieren. Wir sollten bei diesen neuen Ausbildungsformen – generalistische Pflege etc. – aufpassen, dass wir uns da nicht selbst ein Bein stellen.

Vermisst jemand noch eine Antwort? Ich habe noch 7 Sekunden.

(Vereinzelt Heiterkeit)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Das scheint nicht der Fall zu sein. Dann danke ich Ihnen sehr herzlich, Herr Opitz-Leifheit, für Ihren Vortrag und die Beantwortung der Fragen.

Ich würde dann Herrn Dr. Alfons Maurer ans Rednerpult bitten.

**Sv. Herr Dr. Maurer:** Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Ich danke sehr für die Einladung und die Möglichkeit, hier zu sprechen. Ich danke auch sehr der Vorrednerin und den zwei Vorrednern und möchte mich auf ihre Ausführungen beziehen, insbesondere, was die Angaben zur Situation der Pflege in Baden-Württemberg angeht. Ich verstehe meinen Beitrag als etwas stärker an der Leitfrage orientiert, wie sie bei der Einrichtung der Enquetekommission formuliert wurde – nämlich zu prüfen, wie die vorhandenen Rahmenbedingungen verändert und welche Impulse gegeben werden müssen, um eine qualitativ hochwertige Pflege dauerhaft sicherzustellen.

Das, was ich Ihnen vortragen werde, resultiert aus den Erfahrungen, die wir als Träger in der Kepler-Stiftung haben. Die Betrachtung ist aber auch abgestimmt in einer Ar-



beitsgemeinschaft größerer diakonischer und karitativer Träger, dem Wohlfahrtswerk und einem privaten Träger hier in Baden-Württemberg.

In stationären Pflegeeinrichtungen werden private Lebenswelten organisiert. Diese Organisation privater Lebenswelten findet im Rahmen einer komplexen Vierecksituation statt – nämlich den Betroffenen und ihren Angehörigen, den Leistungserbringern, den Leistungsträgern und dem Gesetzgeber auf Bundes- und Landesebene inklusive der entsprechenden Ordnungsbehörden. Menschen, die pflege- und hilfebedürftig sind, wenden sich an eine Pflegeeinrichtung oder an einen Dienst, um dort möglichst optimal, entsprechend ihrem bisherigen Milieu ihr Leben zu gestalten und die Erfordernisse, die sich aus der Pflege- und Hilfsbedürftigkeit ergeben, abzudecken.

Leistungsträger, die das Geld ihrer Versicherten gut einsetzen wollen, achten darauf, dass die Mittel möglichst wirksam und effizient verwendet werden. Bundes- und Landesgesetzgeber sowie die Ordnungsbehörden gehen davon aus, dass es sich um eine hoch schutzbedürftige Klientel handelt. Die pflegebedürftigen Personen, die sich in Heimen befinden, sind gewissermaßen auch vor dem Anbieter, der Dienst- und Pflegeleistungen erbringt, zu schützen. Deshalb haben sich in dieser Vierecksituation viele Regelungen, Reglementierungen und Standardisierungen entwickelt, die letztlich darauf angelegt sind, den unterschiedlichen Bedürfnissen der beteiligten Partner – Pflegebedürftige, Leistungsträger, Gesetzgeber und Leistungsanbieter – zu entsprechen.

Nach unserer Einschätzung sind wir im Altenpflegebereich nun an einem Punkt angekommen, an dem wir deutlich wahrnehmen, sehen und spüren, dass die immer ausdifferenzierteren Regeln und Regelungen einerseits sehr wohl den Interessen dieser vier beteiligten Partner entsprechen, andererseits aber gerade das, was sie vorgeben – nämlich die Organisation privater Lebenswelten zu schützen –, immer mehr verfehlen. Es besteht die Gefahr, dass die zunehmenden Regelungen nachweislich die Privatheit gefährden – Herr Dr. Messmer hat darauf hingewiesen, wie das im Rahmen der Institutionalisierung geschieht – bzw. gar zerstören und individuelle Lebensstile verhindert werden. Die Stichworte kennen Sie: Brandschutz, Hygiene, Lebensmittelrecht, Möblierung usw. Es wird zunehmend eine lebensfremde Gefahrenabwehr betrieben. Generell gilt: Die Erfordernisse der Pflege und der Betreuung sind nach bestimmten Standards abzuwickeln. Der Pflege ist es immer weniger möglich, dem individuellen Milieu der Betroffenen oder dem spezifischen Lebensstil zu entsprechen.

Ich habe fünf Thesen mitgebracht. Der Kern der Überlegungen steckt in der dritten These.

Erste These: Nach unseren Erfahrungen bedarf es eines grundlegenden Kurswechsels. Die immer weiter ausdifferenzierte Erarbeitung von Regeln und Regelungen führt möglicherweise zwar zum Ziel des Schutzes, dient aber immer weniger dem Bedürfnis der Selbstbestimmung und der Entfaltung der Persönlichkeit bei bestehendem Pflegebedarf.

Die Frage, die wir uns täglich stellen, lautet: Wie kann aus einem Heim ein gutes Zuhause werden? Wie kann ein Heim so gestaltet werden, dass es möglich ist, individuell gut alt zu werden? Wir verstehen Heime als Entwicklungsräume, in denen Menschen in einer bestimmten Situation etwas ermöglicht wird, was sie in anderen Settings schwerlich bekommen können. Wie sind also die politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen zu gestalten, damit sich Heime zu guten Heimen im Sinne eines Zuhauses entwickeln können?

Gute Heime sind diejenigen, die so organisiert sind, dass sie weitestgehend private Lebenswelten zulassen. So müssen wir auch in den Pflegeheimen lernen, dass wir konsequent vom Einzelnen her denken. Es geht darum, gewissermaßen die Pfade individueller Pflegebiografien nachzuzeichnen, diese Pflegebiografien zu begleiten und für gute Pflege und Betreuung zu sorgen. Die Vorstellung, dies könnte ausschließlich oder weitgehend dadurch erreicht werden, dass stationäre Einrichtungen die richtigen Regeln und Vorschriften bekommen und einhalten, ist falsch. Dies fördert vielleicht eine weitgehende Misstrauenskultur gegenüber den Einrichtungen, verhindert aber nicht, dass es auch schwarze Schafe gibt, die die Qualität nicht an die erste Stelle stellen.

Der Individualität mehr Rechnung tragen: In unseren Einrichtungen verfolgen wir den Ansatz der Lebensqualität und erheben mittels eines wissenschaftlich hergeleiteten Interviews mit dem Namen INSEL bereits beim Einzug in das Haus, welche Präferenzen der Einzelne hat.

In einer Einrichtung läuft bei uns ein inzwischen viel beachtetes Pilotprojekt unter dem Stichwort „Mäeutik“. Dies ist ein griechischer Begriff und meint die Hebammenkunst. Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell bringt eine erlebensorientierte Pflege und Betreuung hervor. Die Pflegenden versetzen sich in die zu versorgende Person hinein und verbinden sich mit ihr. Die Pflegekräfte können mit den emotionalen Folgen professionell umgehen. Kontakt, Kreativität und Kommunikation sind die Bausteine und Bezugselemente der Mäeutik. Diese Vorgehensweise löst vorhandene Ordnungen in den Einrichtungen auf – es gab schon Beispiele, wie rasch das geht, was z. B. den Rhythmus des Essens angeht, aber auch anderes – und setzt sich über viele Regeln hinweg.

Sowohl INSEL als auch die Mäeutik sind mit den aktuellen Rahmenbedingungen kaum vereinbar. Wir schlagen in diesem Zusammenhang ein Memorandum vor: Bevor weitere Regelungen – auch fachliche – „zum Schutz der Pflegebedürftigen“ erlassen werden, muss nachgewiesen werden, inwieweit diese zu mehr Selbstbestimmung und zu mehr Lebensqualität beitragen. In dem heute bestehenden System der existierenden Trennung vom „ambulant“ und „stationär“ müssen konzeptabhängige Regelungen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen inklusive spezifischer Personalschlüssel möglich sein.

Meine zweite These: Es soll nicht bestritten werden, dass Pflegeheime kontrolliert werden dürfen und müssen, vor allem dann, wenn es Anlässe gibt, die auch tiefgehende

Kontrollen und Prüfungen erforderlich machen. Die Frage ist jedoch, ob die Verlagerung der Kontrolle weitestgehend oder ausschließlich nur von außen her funktionieren kann. Wir brauchen komplementäre Zugänge für die externen Kontrollen durch MDK und Heimaufsicht, nämlich dadurch, dass jedem pflege- und hilfsbedürftigen Menschen gewissermaßen eine Person seines Vertrauens zur Seite gestellt wird – eine Person, die darauf achten kann, dass der Pflegebedürftige das bekommt, was er braucht, nicht zu viel und nicht zu wenig, eine Person, die darauf achtet, dass die versprochenen und bezahlten Dienstleistungen erbracht werden, dass die Qualität gegeben ist, dass der individuelle Lebensstil so weit wie irgend möglich in diesem Setting umgesetzt wird.

Das können beauftragte Angehörige, Betreuer oder bestellte Personen sein, denn es wird mittel- oder langfristig nichts daran vorbeiführen, dass wir den Bereich des sogenannten Case Managements so weit aufbauen und ausbauen, dass jeder pflegebedürftige Mensch eine solche Person seines Vertrauens an der Seite haben kann, die schon bei der Auswahl des Pflegearrangements hilft, aber auch bei dem Weg durch die gesamte Pflege- und Gesundheitslandschaft die Begleitung übernimmt.

Stellen Sie sich einfach die Situation eines älteren Menschen vor, der pflegebedürftig wird. Meist beginnt dies ja mit einem Krankenhausaufenthalt durch eine schwerwiegende gesundheitliche Krise oder ein akutes Ereignis, bei dem am Ende die Frage gestellt wird, ob die Rückkehr nach Hause möglich ist, und, wenn ja, unter welchen Bedingungen.

Auch wenn das soeben in Kraft getretene Erste Pflegestärkungsgesetz hier erhebliche Verbesserungen für die Betroffenen gebracht hat, muss deutlich formuliert werden, dass die betroffene Person ganz selten in der Lage ist, sich in diesem Sektor von Pflege, Pflegeleistungen und Versicherungsleistungen zurechtzufinden. Hier bedarf es gut informierter Vertrauenspersonen, die den Pflegebedürftigen informieren, beraten, begleiten und mit ihm zusammen Entscheidungen treffen. Wir wissen auch, dass Pflegesituationen selten lange konstant sind, sondern einer hohen Dynamik ausgesetzt sind. Das heißt: Es ergeben sich immer wieder neue Erfordernisse und Bedarfe, die dann abzustimmen sind.

MDK und Heimaufsichten – das wäre unsere Empfehlung – kümmern sich direkt um Angehörige und Betreuer, qualifizieren diese, stehen mit Rat und Tat zur Seite, sprechen Empfehlungen aus und stellen auch das Case Management bereit.

Ich komme zu meiner dritten These: Pflegebedürftigkeit ist im Unterschied zu einer temporär abgrenzbaren Erkrankung oder Verletzung nicht dadurch zu beheben und zu gestalten, dass es einen begrenzten professionellen und therapeutischen Einsatz gibt, sondern Pflegebedürftigkeit tritt in der Regel im Rahmen einer bestimmten Lebensphase auf. Wenn Menschen in ein Pflegeheim gehen, besteht eine Verantwortung nicht nur für grund- und pflegende Einsätze, sondern auch dafür, die private Lebenswelt der Betroffenen in möglichst guter Weise fortzuführen und zu gestalten. Pflegebedürftigkeit ist eine Dimension des Lebens, nicht das Leben selbst. Gegenwärtig

kommt es uns oft so vor, dass die Diagnose „Pflegebedürftigkeit“ von Dritten so verstanden wird, dass sie das Recht haben, mehr oder weniger komplett über das Leben der Pflegebedürftigen zu bestimmen.

Die Pflegeversicherung will, dass Versicherte eine Unterstützung erhalten – sei es als Sachleistung, finanziell oder beides. Derzeit besteht im Pflegeversicherungsgesetz die Struktur, dass im stationären Bereich eben nicht nur die Pflege, sondern auch Unterkunft und Verpflegung sowie die Miete anteilig erfasst werden. Nun gilt es jedoch, deutlich zwischen stationärem Angebot im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes und Pflegeheimen zu unterscheiden. Nach unseren Erfahrungen ist es der entscheidende Strukturfehler des Pflegeversicherungsgesetzes, dass dieses in seinem Leistungskatalog zwischen „ambulant“ und „stationär“ unterscheidet. Unserer Meinung nach sollte jeder pflegebedürftige Mensch den gleichen Anspruch auf Pflege- und Betreuungsleistungen haben, unabhängig davon, wo er wohnt und wie seine Wohnform ist. Umgekehrt soll er für Miete und Lebensmittel selbst bezahlen, egal, wo er seine Wohnung bezogen hat.

Die Aufhebung der Unterscheidung von „ambulant“ und „stationär“ würde helfen, eine ganze Reihe schwer lösbarer Problemstellungen zu überwinden. Der Versicherte kann in einem Pflegeheim – bezogen auf die Pflegeversicherung – genau die gleichen Leistungen erhalten wie zu Hause. Es werden ausschließlich die Pflege und die Betreuung über Sachleistungen oder andere Leistungen mitfinanziert. Der Bereich Miete oder Kauf eines Zimmers oder Appartements in einem Pflegeheim wäre dem Betroffenen bzw. den Angehörigen überlassen. Genau genommen gäbe es danach zumindest im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes keinen stationären Bereich mehr, jedoch Heime, in denen pflegebedürftige Menschen zusammen wohnen und leben.

Pflegeheime werden wir weiterhin dringend benötigen. Dies ist auch vielfach bestätigt. Diese Pflegeheime würden also Wohnraum bieten, mit einer verpflichtenden Grundkomponente der Betreuung – Rund-um-die-Uhr-Präsenz – und differenzierten frei wählbaren Angeboten im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung und weiteren Zusatzleistungen. Pflege als Grund- oder Behandlungspflege würde nach ambulantem Muster erbracht. Die Möglichkeit, in eine Tagesbetreuung bzw. Tagespflege zu gehen, besteht ebenfalls.

Durch die Aufhebung von „ambulant“ und „stationär“ nach dem SGB XI würde sich unserer Einschätzung nach eine deutlich höhere Vielfalt im Bereich des Wohnens ergeben, weil es nicht notwendig ist, in Heimen jedes Zimmer gleich zu gestalten. Die Aufhebung von „ambulant“ und „stationär“ hat auch den erheblichen Vorteil, dass die völlig unbefriedigt geklärte Schnittstelle von SGB V und SGB XI im Pflegeheim gelöst werden kann. Gegenwärtig – das wissen Sie – ist die Behandlungspflege im stationären Bereich mit inkludiert – ein Zustand, der sicher irgendwann auch von einem Bundesgericht gekippt werden wird.

Es ist der Wunsch vieler pflegebedürftiger älterer Menschen, nicht isoliert, sondern in Gemeinschaft leben und wohnen zu können. Eine solche Gemeinschaft stellt sich nicht von allein her, sondern bedarf der professionellen Begleitung.

Interessant ist für uns, dass sowohl das Leistungsrecht als auch das WTPG immer mehr auf eine Ausdifferenzierung von Pflege und Betreuung gehen. Damit wird dieser Weg für eine Aufhebung dieser Unterscheidung bereits gebahnt.

Meine Empfehlungen an der Stelle – danach komme ich zum Schluss –: Das Land Baden-Württemberg drängt den Bundesgesetzgeber zu einer Novellierung des SGB XI mit der Aufhebung der Trennung von „ambulant“ und „stationär“ und bittet das Bundesministerium um eine Expertise, wie das rechtlich und konkret ausgestaltet werden könnte. Über die Erprobungsregelungen des WTPG ermöglicht das Land Modellprojekte, die eine Reorganisation der Pflege und Betreuung im Heim erlauben. Die Sozialhilfeträger dürfen bei ihren Leistungen nicht differenzieren, wo ein Mensch lebt, um ihn nicht auf den kostengünstigsten Wohnbereich in einem Pflegeheim zu verweisen.

Ich werde die These 4, die sich mit dem Personal beschäftigt, nicht vortragen, auch nicht die These 5, die sich mit dem baden-württembergischen Weg angesichts dieser Situation beschäftigt. Das kann ich gegebenenfalls auch in der Diskussion noch nachtragen.

Vielen Dank für Ihr Zuhören.

(Beifall)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Ganz herzlichen Dank, Herr Dr. Maurer. – Ich habe jetzt schon Wortmeldungen vorliegen.

**Abg. Manfred Hollenbach** CDU: Herr Dr. Maurer, ich glaube, wir würden noch einige Stunden mehr Zeit benötigen, um uns mit Ihren Thesen zu beschäftigen. Sie haben den Blick weit in eine etwas andere Zukunft geworfen, als wir es bisher getan haben. Aber ich bin sehr dankbar, dass Sie mit Ihren Gedanken für uns den Horizont geöffnet haben.

Ich will jetzt nicht spekulieren, ob das jetzt sehr revolutionär oder visionär war, wobei ich die Begriffsbestimmung „visionär“ nicht à la Manfred Rommel vornehmen möchte; das wäre vielleicht nur humoristisch und nicht sehr fair. Aber Sie haben für mich doch einige Anstöße gegeben.

Eine Quintessenz ist für mich, dass Sie nicht nur sagen, den Unterschied zwischen „stationär“ und „ambulant“ müsse man aufheben – natürlich auch immer mit Blick auf die Finanzierungskonzepte und Finanzierungsregelungen, die wir haben, aber natürlich auch mit Blick auf die sonstigen Vorschriften, die wir im Bereich der Pflege kennen und einhalten müssen.

Wichtig erscheint mir – das würde ich gern als Überschrift sehen –: Die Privatheit sollte nicht gefährdet werden. Der Mensch bleibt Mensch, und die Würde des Menschen ist bis zu seinem Tod nicht antastbar. Insofern müssen wir uns schon Gedanken machen, ob das, was wir alles tun, in diesem Kontext steht.

Ein wirklich wichtiger Satz war für mich: Mit den heute gültigen Regelungen können wir die neuen Ideen – ich glaube, „INSEL“ und „Mäeutik“ haben Sie es genannt – nicht umsetzen. Jetzt stellt sich für mich immer die Frage: Wie kann man so etwas in eine Diskussion und in ein Verfahren bringen, sodass es solche Wege gibt, die man aufzeichnet? Da wäre es schon wichtig, dass man noch mehr Inhalt und Substanz bekommt. Denn wenn ich nur daran denke, was wir in dem Wohnrechtsgesetz gemacht haben, mit den Wohneinheiten und, und, und – das sind ja solche einschränkenden Vorschriften, die solche Gedanken gar nicht zulassen. Das ist der eine Punkt.

Der andere Punkt ist natürlich die Frage dieser Qualitätskontrolle. Sie haben da, glaube ich, von einer Vertrauensperson gesprochen und vom Schaffen einer Institution, die diese Qualitätsmaßstäbe festlegt. Denken Sie bei solchen Vertrauenspersonen an etwas Professionelles, etwas fest Institutionalisiertes, oder ist das flexibel, dass das – wir kennen das ja vom Betreuungsrecht her – Familienangehörige, Freunde, Bekannte oder wer auch immer machen? Muss das irgendwie fixiert werden? Wenn Sie da noch etwas konkreter werden könnten, wäre ich dankbar.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Herr Kollege Hollenbach. – Auch ich bin immer versucht, die Vorträge zu kommentieren, aber ich möchte doch die Kollegen Fragesteller bitten, sich auf die Fragen zu konzentrieren. Wir haben um 16:30 Uhr noch einen nicht öffentlichen Teil. Ich habe meinen nächsten Termin erst am Sonntag; da können wir dann ausgiebig, stundenlang über die Themen diskutieren. – Herr Poreski, bitte.

**Abg. Thomas Poreski GRÜNE:** Vielen Dank, Herr Vorsitzender, für den Hinweis, den ich auch für notwendig halte.

Herr Dr. Maurer, Sie haben einen Ansatz aufgegriffen, den wir aus der Behindertenhilfe kennen, nämlich eine personenzentrierte Bedarfsbemessung und Förderung. So habe ich das verstanden, wenn Sie die Trennung zwischen „ambulant“ und „stationär“ aufheben wollen. Das ist mir natürlich, weil ich aus diesem Bereich komme, außerordentlich sympathisch. Die Frage ist – faktisch analog zu der, die ich dem Vorredner gestellt habe –: Haben Sie Vorstellungen, wie so eine Bedarfsbemessung aussehen kann? In der Behindertenhilfe gibt es, glaube ich, sehr weitreichende und ausgearbeitete Ideen dazu. In der Altenhilfe, speziell im Pflegebereich, kenne ich das so nicht. Aber das wäre natürlich eine Grundlage dafür.

**Abg. Bärbl Mielich GRÜNE:** Herr Dr. Maurer, herzlichen Dank für den Vortrag und die wirklich vielen neuen Ansätze, die Sie formuliert haben und die natürlich ganz viele Nachfragen provozieren.

Meine eine Anfrage geht in eine ähnliche Richtung, wie der Kollege Hollenbach das eben formuliert hat. Da geht es auch mir um das Case Management: Wie wollen Sie das so ausbauen, dass es tatsächlich eine 1:1-Betreuung ist?

Den Hinweis auf das Memorandum finde ich interessant – also zu sagen, zukünftige ordnungspolitische Regelungen werden erst einmal daraufhin überprüft, ob sie tatsächlich eine Stärkung der Selbstbestimmung zur Folge haben. Aber dieses Spannungsfeld zwischen Stärken des Selbstbestimmungsrechts und Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle muss man dabei natürlich auch im Blick haben.

Dann habe ich etwas vielleicht nicht richtig verstanden und frage das noch einmal nach: Sie haben ein Konzept der stationären Pflege vorgestellt, bei dem sozusagen die Zimmer an die entsprechenden Angehörigen verkauft werden und es dann die Struktur einer stationären Einrichtung eigentlich gar nicht gibt, sondern eher nur dieser bauliche Rahmen besteht. Das würde ich gern kurz von Ihnen erläutert bekommen. So, wie Sie das vorgestellt haben und wie ich das gehört habe, wäre das für mich ein reines Modell für Leute, die halt genügend Geld haben; das kann irgendwie keine Lösung sein.

**Abg. Thomas Reusch-Frey** SPD: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, Herr Dr. Maurer, meine Damen und Herren! Wir haben jetzt einen Ansatz, der von den Pflegebedürftigen als hoch schutzbedürftigen Personen ausgeht. Das ist das eine, was Sie gesagt haben. Sie lösen dann, denke ich, den Zielkonflikt mit der privaten Lebenswelt, die anzustreben ist, einseitig zugunsten der privaten Lebenswelt auf. Das möchte ich einfach einmal so würdigen.

Jetzt sind wir als Politiker nicht diejenigen, die – in der Hygiene, im Lebensmittelrecht, im Brandschutz – immer nur darauf aus sind, dass wir unsere Gesetze dicker machen und noch etwas draufsetzen. Sondern das hat ja immer wieder einen Anlass und einen Grund. Deshalb möchte ich Sie einfach fragen: Welchen Ansatz haben Sie? Es gibt ja nicht nur Gutmenschen und Einrichtungen, die nicht profitorientiert denken, sondern es gibt auch schwarze Schafe. Wie wollen Sie mit diesem sehr liberalen, auch sehr sympathischen Ansatz wirklich eine flächendeckende, landesweite Regelung aufgrund dieses tollen Ansatzes der Mäeutik hinbekommen?

Ich schätze Sokrates schon immer, aber ich frage jetzt einfach auch nach den Grenzen. Es sind doch sicherlich nicht nur die ordnungsrechtlichen Aspekte, sondern wahrscheinlich auch die Kapazitäten und die Fachlichkeit, die vielleicht da doch an der einen oder anderen Stelle Grenzen aufweisen.

**Abg. Jochen Haußmann** FDP/DVP: Herr Dr. Maurer, da will ich vielleicht auch noch einmal einsteigen. Sie haben das ja auch in den Kontext gestellt: neue Vertrauenskultur, statt misstrauisch über die Pflegeheime zu gehen. Wenn Sie das vielleicht noch einmal präzisieren könnten: grundlegender Kurswechsel, Aufhebung der starren Strukturen „ambulant“ und „stationär“, auch im Hinblick auf die Möglichkeiten, die sich durch die aktuellen Gesetze bieten.

Deswegen auch die Nachfrage: Sie haben die Erprobungsregelung angesprochen. Wie sind die ersten Erfahrungen bei innovativen Ansätzen? Was ist Ihnen da bekannt bei den Erprobungsregelungen, was das WTPG zulässt?

Dann – das hat auch der Kollege Hollenbach angesprochen –: Es ist ja ein leidiges Thema: diese Bürokratie, die Prüfungen durch MDK und die Heimaufsicht. Es gibt Studien, die besagen, dass bis zu 68 % Doppelprüfungen sind, zum Teil unabgestimmt. Was könnte man da konkret tun? Sie haben den Vorschlag mit den Ansprechpartnern, den Ombudsstellen gemacht. Das ist sicherlich noch weiter gehend.

Aber ganz konkret die Frage: Wo kann man denn konkret ansetzen, dass man sagt: Müssen das gemeinsame Termine sein? Denn da, denke ich, könnte man sehr schnell Lösungen finden, damit diese Prüfungsstrukturen nicht immer zu einer zunehmenden Belastung werden.

**Vorsitzender Helmut Walter Rück:** Vielen Dank auch an Sie, Herr Haußmann. – Herr Dr. Maurer.

**Sv. Herr Dr. Maurer:** Vielen Dank. – Es gibt zwei, drei rote Fäden in Ihren Fragen. Vielleicht versuche ich einmal, die aufzugreifen.

In der Tat, Herr Hollenbach: Ein Ausgangspunkt ist die Individualität des Betroffenen. Jeder von uns hat Menschen in seinem Umfeld, die pflegebedürftig wurden und sind. Wenn Sie die begleiten, stellen Sie sehr häufig fest, dass die Wahl der Dienstleistung oder des Ortes, an dem die Dienstleistung erbracht wird, fast mehr oder weniger zufällig ist insofern, dass es davon abhängt, wem die Person oder der Angehörige begegnet – ob er zuerst mit der Sozialstation, dem Pflegestützpunkt, dem Pflegeheim oder dem Sozialdienst des Krankenhauses zu tun hat. Das sind alles – das unterstelle ich – qualitativ gute Beratungen, aber es gibt doch eine gewisse Zufälligkeit. Und dann geht der Weg durch die Pflegelandschaft und die Gesundheitslandschaft los. Unsere Erfahrung ist, dass es da noch sehr viel Beratung, Information und Begleitung bedarf, damit diese individuelle Pflegebiografie nicht zu einem Spielball der Versorgungslandschaft wird.

Das ist der Grundgedanke: Nicht von außen zu denken: Wie kann ich das Pflegeheim durch Regeln kontrollieren? Die sollten übrigens gar nicht abgeschafft werden; das ist, glaube ich, grundsätzlich ein Missverständnis. Darum rede ich ja vom Pflegeheim, das auch weiter unter das Heimgesetz fällt oder unter das WTPG oder wie auch immer. Das kann man gern noch einmal ausdiskutieren. Da sehe ich überhaupt keine offene Flanke, die Sie mir da unterstellen. Es geht darum, vom Einzelnen her zu überlegen: Wie kann er auf dem Weg begleitet werden, sodass er das für sich Gute findet, und das bei sich ständig ändernden Bedingungen, sowohl was die Situation der Person angeht als auch die Versorgungslandschaft?



Das Erste Pflegestärkungsgesetz ist am 1. Januar in Kraft getreten. Jetzt lassen Sie sich einmal beraten, wie ich das mit meinen beiden Müttern gemacht habe, was jetzt Neues zu tun ist. Sie bekommen wunderbar unterschiedliche Auskünfte, was alles von diesem neuen Gesetz zu erwarten ist. Sie können bei der Kasse anrufen; die gleiche Kasse gibt regional unterschiedliche Auskünfte usw. Das ist richtig toll. Das zeigt mir einfach, dass wir es im Moment trotz aller Bemühungen noch nicht erreicht haben, den einzelnen Menschen bei diesem Gang durch – ich nenne das jetzt einmal so – die Pflege- und Gesundheitslandschaft ausreichend zu begleiten. Daran liegt mir sehr viel.

Wie man diese Begleitung aufbaut: Da geht es mir weniger darum, Ihnen schon ein fertiges Modell zu skizzieren. Da gibt es eine Reihe von Gedanken. Der eine ist, ob nicht der MDK und die Heimaufsichten einen Teil ihrer Energien auch einmal auf die Individuen richten. Das mag auf den ersten Blick etwas merkwürdig klingen, aber warum qualifiziert nicht der MDK auch Angehörige und Personen, die Pflegebedürftige begleiten?

Ich würde hier vielleicht auf drei Ebenen denken: die Betroffenen, die Begleitpersonen und eine dritte Ebene der professionellen Anlaufstrukturen. Dass wir jedem Pflegebedürftigen einen professionell ausgebildeten Case Manager zur Seite stellen, war nicht meine Botschaft, aber es muss möglich sein, dass jeder Pflegebedürftige eine Person seines Vertrauens hat, die wiederum die Möglichkeit hat, sich auf der dritten Ebene auf solide Informationen zu beziehen. Das sollte man einmal unter Einbeziehung der bereits vorhandenen Strukturen zu Ende denken.

Das mit den Pflegestützpunkten wurde ja schon diskutiert. Das läuft in der Tat sehr, sehr unterschiedlich. Wir haben da vor Ort an mehreren Standorten auch eigene Beratungsdienste für die Quartiere errichtet und die Erfahrung gemacht, dass eine gute Beratung außerordentlich zeitintensiv ist. Da geht es nicht mit nur einem Gespräch usw. Da brauche ich, glaube ich, nicht in die Tiefe zu gehen. Das wäre der Gedanke, vom Einzelnen her zu denken.

Das Zweite ist: Wie sieht dann das Pflegeheim aus? Herr Dr. Messmer hat da, glaube ich – das müssten wir einmal diskutieren –, schon sehr in die Richtung gedacht. Der große Unterschied ist, dass er keine leistungsrechtlichen Veränderungen will, wenn ich es recht verstanden habe. Ich glaube, die brauchen wir, schlichtweg schon deswegen, weil das jetzige System von den Betroffenen her nicht mehr finanziert werden kann, außer Sie zahlen für alle, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung gehen, Sozialhilfe. Wir haben für 2000 bis 2009 die Entwicklung der Pflegesätze hochgerechnet und haben prognostiziert, dass wir im Jahr 2019 voraussichtlich die 5 000-€-Marke knacken.

Jetzt muss ich das korrigieren. Wir werden vermutlich bereits 2017 in einer größeren Anzahl der Einrichtungen in der Stufe 3 die 5000 € erreichen. Das ist, wie es ist. Nur stellt sich die Frage: Wie geht das weiter? Es wundert mich, dass die Politik so wenig zur Kenntnis nimmt, was denn daraus wird. Die Zeit endet ja nicht 2017 oder 2019; es

gibt das Jahr 2025 usw. Wie hoch die Bezuschussung im stationären Bereich ist, auch jetzt nach der Novellierung, wissen Sie.

Wie sieht das Pflegeheim aus? Es wird dort nach unserer Vorstellung unterschiedliche Wohnmöglichkeiten geben. Wir kennen solche Einrichtungen aus den Niederlanden. Da gibt es Einzimmerappartements und Zweizimmerappartements. Das mietet man in der Regel. Es ist aber auch nicht die Option ausgeschlossen, dass sich dort jemand ein Appartement kauft, wenn er das will.

Herr Reusch-Frey, wenn Sie sich einfach ein betreutes Wohnen vorstellen, das sehr gut organisiert ist: Man kann man sich, glaube ich, von dort aus die Weiterentwicklung am leichtesten vorstellen. Das ist ein gut organisiertes betreutes Wohnen mit unterschiedlichen Wohngrößen, mit einer natürlich deutlich weiter gehenden Betreuung, rund um die Uhr, und natürlich mit einem ambulanten Pflegedienst – das ist alles schon benannt und besprochen – und der Möglichkeit, so, wie man will, Zusatzleistungen zu erwerben, und natürlich auch mit dem Angebot einer Tagespflege. Wenn ich Dr. Messmer recht verstanden habe, muss man möglicherweise dann bei jeder Wohnung entscheiden, ob das ins Heim gehört oder nicht.

Aber wichtig ist mir der Impuls, darüber nachzudenken. Denn die jetzige Struktur des SGB XI schafft uns erhebliche Probleme und wird uns auch in der Finanzierbarkeit große Schwierigkeiten bereiten.

Auf das mit den Kontrollen will ich gar nicht mehr groß eingehen. Die Kontrollen in den Pflegeheimen soll es weiterhin geben. Nur: Die Vorstellung, dass wir es von außen her gesichert bekommen, was die Menschen brauchen, die ist wirklich ein Irrtum. Das kann ich Ihnen nicht nur aus meiner beruflichen Erfahrung, sondern auch aus der Begleitung vieler Privatpersonen an vielen Beispielen dokumentieren.

Die Frage der Vertrauenskultur, Herr Haußmann, bezieht sich darauf, dass wir registrieren – das ist eine Situation, die sich bei den Mitarbeitenden immer stärker niederschlägt –, dass Mitarbeitende sagen: „Ich habe diesen Beruf ergriffen, weil ich die Vorstellung hatte, ich könnte Menschen in ihrer Lebenssituation helfen. Dieses Motiv habe ich heute nach wie vor auch, aber es steht nicht mehr an erster Stelle, denn an erster Stelle ist: Ich muss schauen, dass ich keinen Fehler mache, dass ich nicht irgendwo von irgendjemandem in die Haftung genommen werde.“ Diese Verschiebung im Bewusstsein der Pflegekräfte sollten wir nicht auf die leichte Schulter nehmen, und da kommt noch die Arbeitsverdichtung hinzu. Immer mehr unserer Pflegekräfte und auch Betreuungskräfte sagen: „Das ist eigentlich nicht das Arbeitsmilieu, sind nicht die Arbeitsbedingungen, unter denen ich arbeiten will.“ Nicht das Berufsbild der Altenpflege ist schlecht, sondern es sind die Arbeitsbedingungen, die uns in der Öffentlichkeit große Probleme machen.

Was das Thema Erprobungsregeln angeht, wäre zu wünschen, dass es gelingt, so ein Modell umzusetzen, auch hier im Land Baden-Württemberg. Da finden sich sicher Träger, die das einmal ausprobieren.

Das Thema Bürokratie haben Sie noch angesprochen. Da denke ich, es ist ein Stück weit einfach Tagesgeschäft auch der Träger. Darüber, welche Sorgen und Nöte ein Träger hat, will ich hier jetzt wenig reden. Entweder bekommt man das hin – dann ist es gut – oder man bekommt es nicht hin, und dann muss man sich halt aus diesem Geschäftsbereich zurückziehen. Dass es nicht einfach ist in der Altenhilfe, das werden Sie glauben, wenn Sie Kontakte in die Szene haben.

Zur Bürokratie: Wir haben ja jetzt den Vorstoß im Bereich der Pflegedokumentation. Da sind wir sehr gespannt, wie weit das in der Praxis greift. Sorgen macht uns ganz erheblich die Schnittstelle von SGB V und SGB XI; ich habe das angedeutet. Ich halte diese Geschichte „SGB V im stationären Bereich“ für einen unzumutbaren Zustand und wundere mich, dass das nach wie vor vor sich hin dümpelt. Die ärztliche Versorgung in den Heimen – das baden wir aus; das sage ich Ihnen platt. Das ist aber ein Problem der Krankenversicherungen und nicht von uns. Es ist eigentlich ein Skandal, aber es ist halt, wie es ist. Ich denke, da müssen sich auch diejenigen, die davon betroffen sind, engagieren.

Ich hoffe, ich habe Ihre Fragen beantwortet. Der Vorsitzende mahnt mich. Ich sehe, dass ich noch 25 Sekunden habe, aber die stelle ich gern irgendjemand anderem zur Verfügung.

(Heiterkeit)

Vielen Dank.

(Beifall)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Herr Dr. Maurer. – Das war, wie eingangs gesagt, der Hinweis, dass die Sprechzeit zu beachten ist. Sie hätten die 25 Sekunden natürlich noch ausschöpfen dürfen.

Vielen herzlichen Dank für die Beantwortung der Fragen. – Wir kommen jetzt noch zu einer allgemeinen Fragerunde, wenn sich aus den Antworten noch Fragen an einen der Referenten oder an alle vier Referenten ergeben haben.

Ich schaue von rechts nach links. – Das war keine Wortmeldung.

Dann darf ich mich bei Ihnen sehr herzlich bedanken, insbesondere bei den Referenten, bei den Sachverständigen, die uns, wie ich jetzt kommentieren möchte, sehr wertvolle Impulse für unsere Arbeit gegeben haben. Wir werden Ihre Meinungen beraten, wir werden sie prüfen, wir werden sie gewichten und dann sicherlich auch in die Arbeit der Kommission und vor allem in das Ergebnis der Arbeit der Kommission mit einfließen lassen.

Ich darf mich bei Ihnen allen sehr herzlich bedanken. Ich darf mich bei unseren Zuhörern bedanken und bei allen, die zur Vorbereitung und Durchführung dieser Anhörung beigetragen haben – den Mitarbeitern des Landtags, dem Technischen Dienst und nicht zuletzt auch dem Stenografischen Dienst und der Geschäftsstelle der Enquetekommission.

Unsere öffentliche Anhörung „Stationäre Altenpflege“ ist somit beendet. Ich darf Sie allerdings gleich schon, wenn Sie möchten, zur nächsten Anhörung einladen, die um 13:30 Uhr hier in demselben Raum stattfindet: „Akutpflege/-versorgung“.

Herzlichen Dank und guten Appetit.

(Unterbrechung der Sitzung: 12:37 Uhr)

(Wiederaufnahme der Sitzung: 13:30 Uhr)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Grüß Gott, meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich darf Sie alle sehr herzlich zur öffentlichen Anhörung der Enquetekommission „Pflege“ zum Thema „Akutpflege/-versorgung“ begrüßen. Wir hatten heute Vormittag – einige von Ihnen waren schon dabei – eine öffentliche Anhörung zum Thema „Stationäre Altenpflege“. Der Nachmittag ist den Themen Akutpflege und Akutversorgung gewidmet. Ich darf Sie alle sehr herzlich begrüßen und freue mich, dass die Arbeit der Enquetekommission auch in der Öffentlichkeit auf ein sehr großes Interesse stößt. Unsere Besucher zeigen das. Ich habe es vorhin einmal grob überschlagen; wir dürften uns jetzt bei unseren Anhörungen schon der 1 000-Besucher-Grenze sehr deutlich angenähert haben.

Ich darf die Mitglieder der Enquetekommission sehr herzlich begrüßen, insbesondere unsere Referenten bzw. Sachverständigen am heutigen Nachmittag. Das sind zum einen Herr Matthias Einwag – Diplom-Volkswirt, Hauptgeschäftsführer der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft – und Frau Professorin Dr. Renate Stemmer – Professorin für Pflegewissenschaft und Pflegemanagement an der Katholischen Hochschule in Mainz. Frau Leni Breymaier ist verhindert; aber ich freue mich ganz besonders, Frau Irene Gölz – Landesfachbereichsleiterin von ver.di Baden-Württemberg – begrüßen zu können. Ich begrüße Herrn Detlef Friedrich – Geschäftsführer der contec GmbH, BioMedizinZentrum Ruhr.

Ich darf eingangs noch einige technische Hinweise für die Referenten geben. Wir freuen uns auf Ihre jeweils viertelstündigen Referate zum Thema. Meine Aufgabe ist u. a., auf die Zeit zu achten. Ich werde Sie, kurz bevor die 15 Minuten um sind, mit einem kleinen visuellen Signal, das Sie vorn am Rednerpult sehen, darauf hinweisen, langsam zum Schluss zu kommen.

Nach jedem Referat erfolgt eine 20-minütige Runde mit Fragen an die Referenten. Falls am Schluss noch Bedarf besteht, schließen wir noch eine allgemeine Fragerunde an.

Ich freue mich auf den Vortrag von Herrn Matthias Einwag und darf ihn ans Rednerpult bitten.

**Sv. Herr Einwag:** Vielen Dank. – Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete, meine sehr geehrten Damen und Herren! 15 Minuten, da dürfen wir keine Zeit vertun, sondern müssen direkt in die Themen hineingehen; denn die sind vielfältig. Ich habe Ihnen neun Thesen und eine Zusammenfassung mitgebracht. Ich springe gleich hinein.

Die erste These bezieht sich auf die Qualität der Leistungserbringung. Ich denke, wir können sagen: Die baden-württembergischen Krankenhäuser gewährleisten eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche akutstationäre medizinische

Versorgung. Dies gilt im nationalen, aber auch internationalen Vergleich und wird u. a. durch Patientenbefragungen bestätigt. Aktuell hat uns die Techniker Krankenkasse sehr gute Noten beschert.

Verschiedene gesetzliche und freiwillige Instrumente dienen einer stetigen Qualitätssteigerung. Die sehr große Transparenz über die Leistungsfähigkeit der Kliniken ist Grundlage eines Qualitätswettbewerbs der Kliniken, in dem es letztendlich zu einer Abstimmung mit den Füßen kommt. Dieser Wettbewerb ist auch ein wichtiger Anreiz dafür, dass sich die Krankenhäuser kontinuierlich für weitere Qualitätssteigerungen einsetzen.

Zu den Zahlen habe ich Ihnen einige wenige Charts mitgebracht.

(Der Redner begleitet seinen Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 1.*)

Die Statistik zeigt, dass in deutschen Krankenhäusern im internationalen Vergleich eine vergleichsweise geringe Personalausstattung vorherrscht: auf eine Pflegekraft kommen, statistisch gesehen, ca. 22 Patienten pro Jahr. Das hat sich seit der Einführung der DRGs verstärkt.

An dem zweiten Chart sehen wir: Heute müssen von einer Pflegekraft mehr Patienten versorgt werden als noch im Jahr 2005.

Der dritte Chart, den ich Ihnen mitgebracht habe, zeigt: Wenn man die Werte innerhalb Deutschlands vergleicht, erkennt man, dass die Personalausstattung bei uns im Südwesten etwas besser – man könnte auch sagen: etwas weniger schlecht – als im übrigen Bundesgebiet ist. Hier haben die Kliniken im Verhältnis zu den behandelten Patienten ungefähr 5 % mehr Pflegekräfte als im Bundesdurchschnitt.

Dies gilt – vierter Chart – in gleicher Weise für den ärztlichen Dienst.

Wenn wir untersuchen würden, wie sich die Pflege am Krankenbett verändert hat, meine Damen und Herren, würden wir wahrscheinlich eine darüber hinausgehende Verschlechterung herausbekommen. Warum? Das Personal in den Krankenhäusern wird immer mehr durch nicht pflegerische Aufgaben belastet. Die von den Häusern geforderte Transparenz bindet Ressourcen genauso wie die steigenden Anforderungen der Qualitätssicherung und die zunehmenden Abrechnungsprüfungen.

Mit dem Pflegestellenförderprogramm der Jahre 2009 bis 2011 wurde dem Trend zu einer weiteren Arbeitsverdichtung entgegengewirkt. Dass jetzt von der Bundesregierung ein neues Pflegestellenförderprogramm ins Auge gefasst wird, ist grundsätzlich positiv zu beurteilen. Es müsste aber vom Volumen deutlich aufgestockt werden. Bisher würde es, grob gerechnet, in unseren Kliniken in der vorgesehenen dreijährigen Laufzeit pro Klinik und Jahr eine Stelle zusätzlich finanzieren. Das ist definitiv zu wenig.

Außerdem wäre wichtig, das neue Pflegestellenförderprogramm möglichst bürokratiearm umzusetzen, um nicht noch mehr Arbeitszeit für bürokratischen Aufwand zu binden.

Ich komme zum dritten Punkt. Wer sich mit der Situation der Akutpflege beschäftigt, meine Damen und Herren, muss sich mit den Rahmenbedingungen und gerade auch mit den finanziellen Rahmenbedingungen befassen.

Die Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems auf Basis der DRGs im Jahr 2004 hat die Krankenhäuser – das war politisch gewollt – unter einen starken Rationalisierungsdruck gesetzt. Da zwei Drittel der Krankenhauskosten Personalkosten sind, sind die Personalbudgets stark unter Druck gekommen.

Der Rationalisierungsdruck dauert an, weil die Preisentwicklung nach oben gedeckelt ist und Leistungssteigerungen einzelner Häuser zu dauerhaften Preissenkungen bei allen Häusern – also auch bei denen ohne Mehrleistungen – führen. Das heißt, es wird angenommen, dass diese Häuser betriebswirtschaftliche Größeneffekte realisieren können, obwohl sie gar nicht größer geworden sind. Im Ergebnis können diese Häuser ihre Tariflohnerhöhungen nicht finanzieren.

Dieser Mechanismus wird durch die unzureichende Investitionsfinanzierung verstärkt. Dies gilt nach wie vor auch für Baden-Württemberg, obwohl man deutlich sagen muss, dass die Mittel für Investitionsförderung in den letzten Jahren spürbar aufgestockt wurden.

Das Ziel, das wir erreichen müssen, ist denkbar einfach: Wir müssen ein Finanzierungssystem schaffen, das die durchschnittlich anfallenden unabweisbaren Kostensteigerungen abdeckt. Wie man das erreicht, ist hinreichend bekannt. Man muss es wollen.

Im Investitionsbereich gilt das Gleiche. Niemand zweifelt ernsthaft daran, dass die für Investitionen bereitgestellten Haushaltsmittel aufgrund der schon jetzt bestehenden gesetzlichen Verpflichtungen aufgestockt werden müssen. Auch das muss man wollen, meine Damen und Herren.

Für Baden-Württemberg empfehle ich dringend, auch den Investitionsstau im Bereich der Pauschalförderung in den Blick zu nehmen und hier zügig Maßnahmen zu ergreifen.

Baden-Württemberg wird noch zusätzlich benachteiligt. Warum? Der gesetzliche Rahmen ist so gesetzt, dass aus dem Hochlohnland Baden-Württemberg – Baden-Württemberg ist ein Hochlohnland – die überdurchschnittlichen Krankenversicherungsbeiträge über den Risikostrukturausgleich ins ganze Bundesgebiet verteilt werden – das sind 2 Milliarden € pro Jahr – und gleichzeitig die Klinikpreise immer weiter vereinheit-

licht werden. Das führt bei uns zu Defiziten und zusätzlichem Druck auf die Personalbudgets.

Ohne auf die Details einzugehen, möchte ich Ihnen deutlich machen: Das von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgelegte Eckpunktepapier zur Krankenhausreform ist ein gutes Stück davon entfernt, diese Probleme zu lösen. Bei der Gesetzesumsetzung bedarf es in diesem Jahr noch großer Anstrengungen – gerade auch der Landespolitiker aus Baden-Württemberg.

Der vierte Punkt: Wenn wir mehr Personal am Krankenbett haben wollen, müssen wir mehr Geld ins System geben. Die Frage ist: Spielt dabei die Art, wie wir das Geld an die Kliniken verteilen, eine Rolle? Oder konkret: Ist das Fallpauschalensystem per se pflegefeindlich? Ich glaube: Nein. Aber wir haben bei der Umsetzung noch Verbesserungspotenzial, und wir müssen beachten: Je genauer wir in der Abbildung der einzelnen Kostenbestandteile sein wollen, desto größer ist die Bürokratisierungsgefahr.

Der Grundgedanke eines Fallpauschalensystems ist, dass es der unternehmerischen Entscheidung der Krankenhausverantwortlichen überlassen wird, auf welche Weise die Leistung erbracht wird. Entscheidend ist, dass die Leistung erbracht wird. Dies wird durch eine Dokumentation der erbrachten Leistung und durch eine Überprüfung der Qualität im Rahmen der Qualitätssicherung sichergestellt.

Über die jährliche Kostenkalkulation zur Pflege und die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wird auch der Pflegeaufwand z. B. von demenzkranken Menschen oder Menschen mit Behinderungen im DRG-System abgebildet. Sofern sich im Rahmen der Kalkulation zeigt, dass einzelne klinische Merkmale mit höheren Behandlungskosten assoziiert sind, ermöglicht dies auch eine differenzierte Abbildung im DRG-System. Ein mögliches klinisches Merkmal wäre z. B. die Diagnose einer Demenz.

Ob wir noch ergänzende Instrumente wie die in der Fragenliste genannten Patientenklassifikationssysteme benötigen, ist unklar. Der damit verbundene Dokumentationsaufwand ist erheblich. Eine routinemäßige Anwendung kommt nur infrage, wenn der potenzielle Nutzen den erheblichen bürokratischen Aufwand bei der Erfassung deutlich überwiegt. Die Erfahrungen beim PKMS zeigen zudem, dass zusätzlich ein erheblicher bürokratischer Aufwand durch Prüfungen durch den MDK entstehen kann. Deshalb sollte zunächst überprüft werden, ob über die Diagnosecodierung eine hinreichende Abbildung des erhöhten Pflegebedarfs im DRG-System nicht bereits jetzt gegeben ist.

Noch einige Anmerkungen zum zweiten Bereich der Qualitätssicherung: Während die Entwicklung der Qualitätsindikatoren für den medizinischen Bereich vergleichsweise einfach ist, steht man bei der Entwicklung von Indikatoren für die pflegerischen Leistungen noch am Anfang. Hier gibt es bisher nur einen Indikator, nämlich zum Dekubitus. Man muss auch sagen, das System stößt an seine Grenzen, wenn es um notwendige, aber nur schwer messbare Leistungen geht, z. B. menschliche Zuwendung.



Dennoch hätte ich die Hoffnung, dass weitere Qualitätsindikatoren aus dem Bereich der Pflege definiert werden können. Wir wären dafür offen. Die Querverbindungen zum Finanzierungssystem müssen aber immer gesehen werden. Man kann es auf den Punkt bringen: Qualitätssicherung ohne Qualitätsfinanzierung wird nicht funktionieren.

Der fünfte Punkt: Die demografischen Veränderungen machen eine stärkere Ausrichtung der Krankenhausversorgung auf geriatrische Patienten nötig. Dazu ist es wichtig, dass das neu gefasste Geriatriekonzept auch in all seinen Teilen gelebt wird.

Die Versorgung geriatrischer Patienten ist eine Aufgabe aller Krankenhäuser. Den Schwerpunkten und Zentren im Bereich der geriatrischen Versorgung kommt bei der Weiterentwicklung des Systems eine wichtige Aufgabe zu.

Mein sechster Punkt: Die zunehmende Personalknappheit infolge zurückgehender Zahlen in den Geburtsjahrgängen und die gleichzeitig steigende Anzahl von älteren Patienten machen eine Stärkung des Pflegeberufs, eine neue Aufgabenverteilung und auch neue Berufsbilder im Krankenhaus erforderlich.

Zur Stärkung des Pflegeberufs muss zum einen das gesellschaftliche Ansehen der Gesundheitsberufe verbessert werden. Ich möchte besonders auf die Neufassung der Ausbildung – Stichwort: generalistische Ausbildung – hinweisen, bei der man sehr behutsam vorgehen muss. Die Auswirkungen auf das Gesamtsystem – hier insbesondere auf die Finanzierung und die ausreichende Personalausstattung in der Altenpflege – müssen wir sehr sorgfältig analysieren.

Pflegekräfte müssen deutlich stärker als bislang durch qualifiziertes Service- und Assistenzpersonal unterstützt werden, damit sie sich auf ihre Kernaufgaben konzentrieren können. Gleichzeitig wird es perspektivisch sinnvoll sein, wenn bestimmte Aufgaben, die heute nur in Delegation durch den Arzt erbracht werden dürfen, auch auf andere Berufsgruppen übertragen werden können.

Mein siebter Punkt: Wenn wir auf die Schnittstelle am Ende der Krankenhausbehandlung schauen, kommen wir zum Entlassmanagement, bei dem wir in Baden-Württemberg die Brückenpflege haben. Die Brückenpflege der onkologischen Schwerpunkte und Tumorzentren kann als Beispiel für eine patientenorientierte Umsetzung der Anforderungen an ein Entlassmanagement und eine Übergangspflege gelten.

Die Besonderheit der Brückenpflege liegt darin, dass die Mitarbeiter sowohl stationär als auch ambulant tätig werden können. Dadurch ist die Behandlungskontinuität optimal gewährleistet, und Schnittstellenprobleme sind von vornherein ausgeschlossen. Wir glauben, dass die Brückenpflege ein Modell für die Übergangspflege sein kann. Die Brückenpflege sollte in der Zukunft auch von anderen Patienten, nicht nur von Krebspatienten, in Anspruch genommen werden können.

Punkt 8: Wir treten für eine konsequente Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ ein. Die wohnortnahe geriatrische Reha ist ein erfolgreiches Instrument, um den Patienten nach der akutstationären Krankenhausbehandlung den Weg zurück in das häusliche Umfeld zu ermöglichen.

Eine aktuelle Untersuchung der BARMER GEK hat nachgewiesen, in Bundesländern mit geriatrischer Reha wie in Baden-Württemberg ist das Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit im Vergleich zu anderen Bundesländern vermindert. Ich bin überzeugt, dass hier noch erhebliches Potenzial zu heben ist. Es muss uns nachdenklich machen, dass der MDK trotz gesetzlicher Verpflichtung nur in einem Bruchteil der Fälle bei der Pflegebegutachtung eine Rehaempfehlung abgibt. Damit „Reha vor Pflege“ in der Praxis funktioniert, müssen die finanziellen Anreize zwischen der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung richtig gesetzt werden. Die Pflegeversicherung muss an den Kosten der Reha beteiligt werden.

Die geriatrischen Rehakliniken kämpfen trotz Verbesserungen in den vergangenen Jahren nach wie vor mit finanziellen Defiziten. Es wäre dringend nötig, den Kliniken einen Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung bei wirtschaftlicher Geschäftsführung zu geben. Das wäre nichts weiter als fair.

Mein neunter und vorletzter Punkt: Wir setzen uns dafür ein, dass der MDK den Übergang zwischen Krankenhausversorgung und Pflege besser unterstützt. Außerdem sollten Übergangspflegeleistungen ermöglicht werden.

Dazu sollte die Eilbegutachtung durch den MDK weiter ausgebaut werden. Hierbei prüft der MDK innerhalb von 48 Stunden nach Aktenlage, ob eine Pflegestufe vorliegt. Besonders aus Kurzzeitpflegeeinrichtungen ist bekannt, dass die Einstufung häufig erst erfolgt, wenn der Aufenthalt des Betroffenen bereits beendet ist. Dies stellt sowohl die Betroffenen als auch die Pflegeeinrichtungen vor eine schwierige Situation.

In Bayern handhabt der MDK das Übergangsmanagement deutlich großzügiger. Eine wichtige Rolle spielt hierbei, dass regelhaft die Prognose gestellt wird, dass die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich länger als sechs Monate andauert, was Voraussetzung für einen Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung ist.

In unserem Gesundheits- und Pflegesystem fehlen sogenannte Übergangspflegeleistungen für ältere Mitbürger, die nicht zwingend an das Kriterium einer mindestens sechsmonatigen Pflegebedürftigkeit geknüpft sind.

Meine Damen und Herren, lassen Sie mich ein kurzes Fazit in fünf Punkten ziehen:

Erster Punkt: Wir müssen dafür sorgen, dass die unabweisbaren Kosten der Krankenhäuser finanziert werden, und zwar sowohl bei den Betriebs- als auch den Investitions-

kosten. Im Land sollte dringend ein besonderes Augenmerk auf den Investitionsstau bei den Pauschalfördermitteln gelegt werden.

Zweitens: Eine Niveauverbesserung im Bereich der pflegerischen Versorgung kann über ein deutlich erhöhtes Pflegeförderprogramm umgesetzt werden.

Drittens: Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Pflege sollte unterstützt werden. Dabei sollte aber die Gesamtbürokratiebelastung durch die Qualitätssicherung sinken. Wir benötigen eine Qualitätssicherung der Qualitätssicherung.

Viertens: Bei der aktuell anstehenden Reform der Pflegeausbildung sollten wir mit großer Sorgfalt vorgehen.

Fünftens: In der Übergangspflege benötigen wir mehr Flexibilität.

Ich habe noch zwei Sekunden. – Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Herr Einwag. Das war mehr als eine Punktlandung. – Ich habe Wortmeldungen vom Kollegen Dr. Rapp, Frau Mielich und Herrn Haußmann vorliegen. Herr Dr. Rapp.

**Abg. Dr. Patrick Rapp** CDU: Herr Einwag, zunächst vielen herzlichen Dank für Ihren Vortrag. – Ich will kein Koreferat halten. Wir sind darauf hingewiesen worden, ein bisschen auf die Zeit zu achten.

Drei Fragen zu Ihrem Vortrag:

Zum einen: Wie bewerten Sie das Pflegeförderprogramm – Sie haben es mehrfach angesprochen – der Jahre 2009 bis 2011 aus der Sicht von Baden-Württemberg?

Zum Zweiten: Sehen Sie im Krankenhausbereich auch Möglichkeiten, den Begriff „Gute Pflege“ – so will ich es einmal nennen – innerhalb der gesetzlichen Qualitätssicherung stärker in den Fokus zu nehmen?

Drittens: Das ist keine Kritik – Sie haben vorher das Ansehen der Pflegekräfte insgesamt, auch mit Blick auf die Ausbildung angesprochen –, ich möchte nur, dass hier irgendwann einmal ein Experte etwas dazu sagt: Wie würden Sie denn das Ansehen der Pflegekräfte beschreiben?

**Abg. Bärbli Mielich** GRÜNE: Herr Einwag, herzlichen Dank für den wirklich sehr komprimierten Vortrag. – Ich kann es mir nicht verkneifen, eine Bemerkung zum Thema „Investitionskostenförderung bzw. Investitionsfinanzierung des Landes“ zu machen. Da bin

ich völlig anderer Meinung als Sie. Ich finde, dass die Investitionsfinanzierung bei den Baumaßnahmen sehr wohl ausreicht. Ich bin absolut dagegen, auch die Pauschalförderung zu erhöhen, weil das bedeuten würde, dass das Land die Gestaltungskompetenz abgibt – zugunsten einer Gestaltungskompetenz, die auf die einzelnen Häuser übertragen wird. Diesen Ansatz teile ich gar nicht.

Sie haben auch sehr interessante Ansätze genannt, die Problemstellung sehr gut formuliert, allerdings den zweiten Schritt nicht wirklich getan. Wir brauchen eigentlich ganz dringend, wenn wir die Situation der Pflege verbessern wollen, nicht nur die Analyse, dass die Situation verbessert werden muss, sondern auch eine Möglichkeit, z. B. von Ihnen als Praktiker zu erfahren: Was sind die Instrumente, um den Personalbedarf so zu ermessen, dass man tatsächlich zu einer Verbesserung kommt?

Dann möchte ich gern wissen, ob für Sie oder für die BWKG der Weg zur besseren Finanzausstattung der ist, dass die Tarifsteigerungen in den DRGs komplett oder anteilig abgebildet werden.

Ein weiterer für mich besonders entscheidender Punkt für den schlechten Stand, den die Pflege in der Akutversorgung hat: Es bestehen nach wie vor völlig anachronistische Hierarchiestrukturen zwischen Ärztepersonal und Pflegepersonal. Ich möchte wissen, welche Möglichkeiten Sie sehen, das zu verändern.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Frau Mielich. – Ich darf auch hier darauf hinweisen: Wir wollen kein Koreferat und keine Bewertung abgeben, sondern befinden uns in der Fragerunde. Die Fragen wurden gestellt. Jetzt kommen Fragen von Herrn Haußmann.

**Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP:** Herr Einweg, noch folgende Fragen von meiner Seite:

Sie haben das Konzept der Versorgung geriatrischer Patienten noch einmal dargestellt. Wenn man das entsprechend weiterentwickelt: Sehen Sie da – auch in baulicher Hinsicht – einen Bedarf, der auf die Krankenhäuser zukommt? Das passt ganz gut zum Thema „Brückenpflege, Entlassmanagement“. Es gibt schon Beispiele, dass teilweise direkt an Kliniken Pflegeeinrichtungen – Kurzzeitpflege, stationäre Pflege – angedockt sind. Sehen Sie da noch weitere Maßnahmen? Das geht auch wieder in Richtung Investitionen.

Sie hatten angesprochen, die Pflegefachkräfte sollten stärker entlastet und stärker auf ihren Fachbereich fokussiert arbeiten. Vielleicht könnten Sie zum Thema „Service- und Assistenzpersonal“ nochmals etwas sagen.

Auch das Thema „Reha vor Pflege“ haben Sie deutlich formuliert. Sie haben auch beschrieben, dass die finanziellen Anreize zwischen der Krankenversicherung und der

Pflegeversicherung richtig gesetzt werden müssen. Was wäre nach Ihrer Vorstellung notwendig?

Das Pflegestellenförderprogramm – es wurde vom Kollegen Rapp angesprochen – ist sicherlich unterstützend. Aber im Grunde genommen führen all diese Programme zur Notwendigkeit, dass wir die Finanzierung generell richten sollten. Wir machen immer wieder ein neues Programm, das dann wieder einmal hilft – Sie haben gesagt: eine Stelle pro Krankenhaus. Aber wir müssten eigentlich über das DRG-System abbilden – Sie haben gesagt, im Moment können Sie das nicht erkennen –, dass wir auch in der Pflege mehr Personal haben.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Herr Haußmann. – Eine Reihe von Fragen, und wir warten auf eine Reihe von Antworten, Herr Einwag.

**Sv. Herr Einwag:** Ich werde es versuchen. Vielen Dank. Die Fragen sind sehr weit gespannt. Aber das ist auch richtig so und Ihr gutes Recht.

Herr Dr. Rapp, das Pflegeförderprogramm Baden-Württemberg zwischen 2009 und 2011 kann man, glaube ich, insgesamt positiv kommentieren. Über 60 Millionen € sind zusätzlich in die Krankenhäuser gekommen, über 1 000 Stellen. Manchmal hört man hier und da: „Das ist überhaupt nicht angekommen.“ Das möchte ich ganz ausdrücklich und mit Vehemenz zurückweisen. Es gab ganz klare Kontrollmechanismen, z. B. über die Vorlage von Wirtschaftsprüferattesten. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen, also nicht unbedingt der Lobbyverband der Krankenhäuser, hat festgestellt, dass in Baden-Württemberg für 99,2 % der verausgabten Mittel Wirtschaftsprüferatteste vorlagen. Man kann wirklich sagen: Das Geld des Pflegeförderprogramms ist auch angekommen.

Die zweite Frage war: Kann man bei der Qualitätssicherung stärker auf den Begriff „Gute Pflege“ Wert legen? Ich glaube – ich habe es in meinem Vortrag kurz angerissen –: Ja. Da haben wir wohl noch Potenzial. Das ist schwieriger als in der Medizin, aber es geht. Wir haben einen ersten Indikator, nämlich einen zum Dekubitus, mit dem auch in Baden-Württemberg gearbeitet wird. Im ersten Durchgang waren zunächst 25 Krankenhäuser auffällig. Man ist mit ihnen in einen Dialog getreten, hat sie beraten. Am Schluss sind vier übrig geblieben, bei denen man gesagt hat: „Ihr könnt uns das nicht erklären.“ Die werden jetzt besonders angeschaut und haben kürzere Überwachungsfristen.

Da tut sich wirklich etwas. Das ist die gesetzliche Qualitätssicherung, die nicht an die große Glocke gehängt wird. Aber in diesem Bereich wird gut gearbeitet, indem Krankenhäuser, MDK sowie Vertreter der Ärztekammer und der Pflegeverbände zusammenarbeiten. Ich glaube, da können wir schon etwas machen. Das Einzige, bei dem man aufpassen muss: Es darf nicht immer noch mehr draufgesattelt werden. Denn wenn wir eine zusätzliche Bürokratiebelastung bekommen, haben wir nichts gewonnen.

Da sehe ich gute Chancen, vielleicht an anderer Stelle zu sagen: Diese Indikatoren müssen wir nicht mehr erheben.

Frau Mielich, Gesamtvolumen der Investitionsförderung: Wir haben jetzt die Kalkulationsergebnisse vorliegen, die eine sehr deutliche Sprache sprechen. Es ist wirklich sehr hart kalkuliert. Wenn man den Bedarf zugrunde legen würde, würde man in Baden-Württemberg zwischen 600 und 650 Millionen € benötigen. Selbst wenn man die Unis noch dazurechnen würde, bei denen man nie so genau sagen kann, wie viel dort hineinfließt – das ist ein bisschen intransparent, und es wäre eine gute Leistung, das transparenter zu machen –, kommen wir insgesamt noch zu einem Defizit.

Der Gesetzgeber hat die Aufgabe bzw. die Länder haben die Aufgabe, sowohl Pauschalförderungsmittel als auch Einzelförderungsmittel zur Verfügung zu stellen. Die Pauschalförderungsmittel sind an einen Zweck gebunden. Die Krankenhäuser können nicht vollkommen frei darüber verfügen. Da sind kleine Baumaßnahmen ein großes Thema. IT-Ausstattung: Überlegen Sie, was sich in den letzten zehn Jahren im IT-Bereich getan hat. Da sind große investive Nachholbedarfe in den Kliniken, die über die Pauschalförderung abgedeckt werden könnten.

Ich wehre mich gegen das, was ich unterschwellig herausgehört habe: Was machen die mit dem Geld? Gießkanne oder etwas Ähnliches? – Es gibt gute Gründe, die Pauschalförderung auszudehnen.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Frau Mielich drängt es geradezu, direkt etwas dazu zu sagen.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Ich will ihr ganz kurz die Gelegenheit geben.

**Abg. Bärbl Mielich GRÜNE:** Ich will es ganz kurz klarstellen: Ich habe Sie missverstanden, Herr Einwag.

**Sv. Herr Einwag:** Okay.

**Abg. Bärbl Mielich GRÜNE:** Ich habe gedacht, Sie wollten die Investitionskostenförderung von der Einzelförderung in eine Pauschalförderung umwandeln, wie es z. B. NRW gemacht hat.

**Sv. Herr Einwag:** Nein, nein.

**Abg. Bärbl Mielich GRÜNE:** Das würde ich total ablehnen.

**Sv. Herr Einwag:** Danke. Ein Missverständnis. Fast liegt es mir auf der Zunge, zu sagen: Seit Jahrhunderten ist es die Position der BWKG, dass selbstverständlich beide Elemente benötigt werden. – Nein, da würde ich meinen Job verlieren, Frau Mielich.

(Vereinzelt Heiterkeit – Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Ja dann!)

Sie haben gesagt: „Nicht nur Analyse“, und haben gefragt: Was sind die Instrumente, um den Personalbedarf zu messen? Das ist eine schwierige Frage. Sie merken ja, wenn Sie die Diskussionen der Bund-Länder-AG verfolgen, dass auch die vielen Experten, die dort angehört werden, sagen: „Pflegeförderprogramm und gleichzeitig ein Forschungsauftrag.“ Man tut sich an dieser Stelle ein wenig schwer, wobei ich sagen würde: Unsere Zahlen sind sehr weit vom internationalen Durchschnitt entfernt, sodass wir nichts verkehrt machen, wenn wir das Niveau ein Stück anheben und dann die Qualitätssicherung draufsetzen, um zu versuchen, im System – das ist die Denke des Systems –, mehr Indikatoren im Bereich der pflegerischen Versorgung zu schaffen.

Tarifsteigerungen in die DRGs: Ja, wir brauchen eine genauere Abbildung. Es ist unbestritten, dass die Kostensteigerungen der Krankenhäuser noch nicht richtig abgebildet werden in den Indikatoren, die im Moment für die Begrenzung der Krankenhausentgelte herangezogen werden. Zum Teil gibt es Antworten, die man nur schwer ertragen kann; sie lauten: „Das Statistische Bundesamt hat nicht genug Personal.“ Diese Antwort kann man nur schwer ertragen, dass nämlich offenbar für einen Sektor mit 70 Milliarden € Umsatz zwei Personalstellen nicht irgendwie geschaffen werden können.

Anachronistische Hierarchiestrukturen – eine schwierige Frage, Frau Mielich –: Es bewegt sich etwas. Das kann man, glaube ich, schon sagen.

(Heiterkeit der Sv. Frau Dr. Stemmer)

Darüber, ob es schnell genug geht, kann man sich tagelang streiten; man kann dafür eigene Diskussionsveranstaltungen verwenden. Wir haben schon eine andere Generation in den Krankenhäusern. Nichtsdestotrotz muss man immer wieder dafür werben: Es geht nicht darum, dass sich einzelne Berufsgruppen auf Kosten der anderen darstellen. Ich persönlich engagiere mich z. B. bei der Fortbildung von jungen Chefärzten. Aber es ist, glaube ich, eine Aufgabe von uns allen.

Herr Haußmann, geriatrische Patienten, baulicher Bedarf in den Krankenhäusern: Ich denke, das wird im Rahmen der Investitionsförderung insgesamt berücksichtigt. Dass das ein besonderes Bauprogramm rechtfertigen würde, würde ich im Moment noch nicht so sehen. Ich denke, mit organisatorischen Umstellungen, Neuzusammenstellung von Professionen in Abteilungen kann man weiterkommen.

Brückenpflege: Ich würde das noch einmal unterstützen. Das wäre sicher ein Bereich, in dem man gerade an der Schnittstelle viel Gutes tun könnte. Bisher haben wir die Brü-

ckenpflege nur für onkologische Patienten, und der Bedarf ist auch für andere Patienten da.

Entlastung von Pflegefachkräften: Sie haben mich gefragt, wie ich zu Assistenzpersonal stehe. In der besten aller Welten – die haben wir nicht, Herr Haußmann – würde ich sagen: All das soll die Pflege machen. Denn die Patientenbeobachtung durchzuführen ist auch eine pflegerische Aufgabe, und sei es beim Essenbringen. Wir haben nicht die beste aller Welten. Wir haben eine Personalknappheit. Ich denke, wir müssen uns überlegen, wie wir die Fachkräfte – deren Zahl ist knapp – möglichst gut einsetzen. Dann ist es die zweitbeste Lösung, zu sagen: In den eher pflegefernen Bereichen setzen wir Assistenzpersonal ein. Da gibt es noch Luft für neue Berufsbilder. Das würde ich unterstützen.

Reha vor Pflege: Was ist nötig, wenn wir Reha haben, durch die das Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit vermindert wird oder die Einstufung statt in Pflegestufe 2 nur in Pflegestufe 1 erfolgt? Wer spart? Das ist die Pflegeversicherung; im Moment bezahlt die Krankenkasse die Reha. Deshalb funktioniert das nicht. Derjenige, der etwas davon hat, sollte auch an der Finanzierung beteiligt werden.

Sie haben gefragt, ob es sinnvoll wäre, die Finanzierung des Pflegeförderprogramms generell auf den Prüfstand zu stellen. Ja, natürlich. Wir müssen überlegen, ob wir nicht insgesamt zu anderen Wegen kommen. Die Pflegeförderprogramme sind Instrumente, um Entwicklungen, die aus meiner Sicht weiter gegangen sind, als man das vielleicht wollte – man hat die Krankenhäuser zu stark unter wirtschaftlichen Druck gesetzt –, wieder ein Stück weit zu reparieren. Das ist immer wieder ein Reparieren. Wenn wir es schaffen würden, dass ein Krankenhaus, das wirtschaftlich arbeitet und für die Versorgung notwendig ist, keine Mehrleistungen braucht, um die Tarifierhöhungen zu finanzieren, wäre ein großer Teil des Bedarfs, über die Pflegeförderprogramme immer wieder Eingriffe vorzunehmen, weg.

Eine Frage von Herrn Dr. Rapp habe ich unterschlagen. Sie hatten noch gefragt – Entschuldigung, das sehe ich gerade –, wie ich das Ansehen der Pflegekräfte beschreiben würde. Ich weiß nicht genau, in welche Richtung das zielt; vielleicht können Sie das noch einmal sagen. Ich glaube, in der Gesellschaft haben die Pflegekräfte nach wie vor ein hohes Ansehen. Allerdings ist natürlich schon vernehmbar, dass die Arbeitsbedingungen durch den Druck, der inzwischen in den Krankenhäusern besteht, nicht immer optimal sind. Das kann man wohl einfach so sagen.

**Vorsitzender Helmut Walter Rück:** Wir hätten jetzt noch Gelegenheit zu einer ganz kurzen Fragerunde. Herr Dr. Rapp hat sich gemeldet. Eine kurze Frage und eine kurze, aber sehr tief gehende Antwort. Bitte.

**Abg. Dr. Patrick Rapp** CDU: Kurze Frage: Mir geht es um die Indikatoren im Pflegebereich. Sie haben vorhin Dekubitus angesprochen. Kennen Sie Beispiele aus anderen Ländern, wo man schon ein Stück weiter ist als bei uns?



**Sv. Herr Einwag:** Nein. Auf Bundesebene gibt es Arbeitsgruppen, die sich damit beschäftigen und sich natürlich in erster Linie Expertenstandards ansehen, die es in bestimmten Bereichen gibt. Es gibt einen in Bezug auf Dekubitus, es gibt aber auch andere. Das sind die ersten Punkte, die man aufzugreifen versucht. Wenn man also so definiert: „Der Pflegeexpertenstandard hat ...“, muss man sich überlegen: Kann man vielleicht daraus eine Qualitätssicherung machen?

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Gut, dann darf ich mich sehr herzlich bei Ihnen bedanken, Herr Einwag.

**Sv. Herr Einwag:** Sehr gern.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Ich bitte Frau Professorin Dr. Stemmer ans Rednerpult. Frau Professorin Dr. Stemmer, Sie haben das Wort.

**Sv. Frau Dr. Stemmer:** Ganz herzlichen Dank. – Guten Tag, meine Damen und Herren!

(Die Rednerin begleitet ihren Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 2*.)

Damit Sie wissen, mit wem Sie es zu tun haben: Mein Name ist Renate Stemmer. Ich habe eine Professur für Pflegewissenschaft und Pflegemanagement an der Katholischen Hochschule Mainz. Ich bin von meiner beruflichen Zuordnung her Gesundheits- und Krankenpflegerin, habe etwa zehn Jahre in diesem Bereich gearbeitet, danach etwa zehn Jahre in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, bevor ich den akademischen Weg eingeschlagen habe und mittlerweile – seit 2000 – mit der Professur in Mainz arbeite. Ich bin dort Dekanin im Fachbereich „Gesundheit und Pflege“ mit ca. 700 Studierenden aus den Berufsgruppen Pflege, Physiotherapie, Logopädie und Hebammenwesen.

Ich bin Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft und führe verschiedene Forschungsprojekte durch, u. a. zum Thema „Versorgung von Menschen mit einer Demenzerkrankung“, aber auch zum Thema „Versorgungsstrukturen im Krankenhaus“ – auf den ersten Blick sind dies relativ weit auseinanderliegende Themen. Auch „Qualitätsmanagement und Qualitätsmessung in der Pflege“ gehört zu meinen Themen.

Allen Sachverständigen sind vier große Themen vorgegeben worden: Bewertung der aktuellen Versorgungssituation im Krankenhausbereich, Weiterentwicklung der stationären Krankenhausversorgung, Verbesserung der Versorgungssituation von älteren Menschen nach dem Krankenhausaufenthalt und Rahmenbedingungen der Krankenhäuser.

Ich werde auf alle vier Themen eingehen und komme zuerst zu Thema 1 „Bewertung der aktuellen Versorgungssituation im Krankenhausbereich“:

Aus pflegerischer Sicht ist die Versorgungssituation in deutschen Krankenhäusern prekär. Der massive Stellenabbau, den wir von 1996 bis 2007 im Pflegedienst zu verzeichnen hatten – bundesweit 47 600 Stellen – führte dazu, dass wir mittlerweile eine ausgesprochen dünne Decke haben, wenn es um den Personalbestand in den Krankenhäusern geht. Das ist verbunden mit der Zunahme der Zahl von Patienten und Patientinnen mit erhöhtem Pflegebedarf, da die Menschen kränker und älter sind, und der Reduktion der Verweildauer. Insgesamt bedeutet das eine massive Arbeitsbelastung der Pflegenden.

Verstärkt wird das Ganze dadurch – es entsteht ein Spannungsfeld –, dass die Personen, die die Pflege durchführen, selbst immer älter werden. Die individuelle Umgangsweise mit dieser hohen Belastung liegt darin, dass etwa 50 % der Beschäftigten im Krankenhaus heute in Teilzeit arbeiten. Auch das ist ein Problem im Hinblick auf die Sicherstellung der Pflegequalität.

Gewiss ist es auch aus Sicht der Krankenhäuser häufig sinnvoll, einen bestimmten Anteil an Pflegepersonal bzw. Personal mit einem Teilzeitbeschäftigungsverhältnis zu haben, weil damit die Flexibilität im Einsatz der Personen erhöht wird. Aber wir haben hier zusätzlich einen erheblichen Anteil von Pflegenden, die von sich aus aufgrund der hohen Belastung Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse anstreben.

Ich möchte einen weiteren Punkt zur aktuellen Versorgungssituation ansprechen: den Zusammenhang von Personalausstattung und Versorgungsqualität. Dieser Zusammenhang ist in vielen internationalen Studien sehr gut belegt, und es zeigt sich sehr deutlich, dass eine unzureichende Personalausstattung in Quantität und Qualität vor allem zu folgenden Schwierigkeiten führt, z. B. zu verspäteter Hilfe im Notfall oder auch zu erhöhter Infektionsrate, teilweise zu erhöhter Mortalität.

Derartige Studien haben wir für Deutschland nicht. In Deutschland haben wir Erhebungen beispielsweise des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung, wo Pflegedienstleitungen zu Rationalisierung befragt werden. Haben Pflegenden ausreichend Zeit, der pflegerischen Betreuung entsprechend nachzukommen? Die Angaben sind recht eindeutig; Sie können das gern nachlesen. Das Pflege-Thermometer des dip mit verschiedenen Themenstellungen, jedes zweite Jahr neu aufgelegt, weist diese Daten sehr gut aus und zeigt, dass beispielsweise Pflegenden angeben, nicht mehr ausreichend Zeit für die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, für die Krankenbeobachtung, z. B. auch bei kurzfristig erforderlicher Krankenbeobachtung im Anschluss an Operationen, zu haben, oder auf Schwierigkeiten hinweisen, die es im Zusammenhang mit der Versorgung von Menschen mit einer Demenzerkrankung und mit der Sicherstellung der Versorgung gibt.

Wenn wir auf die Quote schauen, erkennen wir, dass wir in Deutschland einen Quotienten von Pflegenden zu Patienten – so die Studie RN4Cast, die sich dieses Themas europaweit angenommen hat – von 1 : 10. Die Quoten der anderen beteiligten europäischen Länder lagen alle darunter. Wir haben eben beim Vortrag von Herrn Einwig eine

andere Quelle gesehen, bei der Deutschland auf dem zweiten Platz war, und die Slowakei war auf dem ersten. Aber wir sind uns, glaube ich, darüber einig, dass die Personalausstattung in Deutschland problematisch ist, was zu den eben schon angesprochenen Auswirkungen führt, auch dazu, dass das Thema „Psychosoziale Betreuung“ häufig hinten herunterfällt – Pflegende haben keine Zeit dazu – und die wirklich wichtige Schulung und Beratung ebenfalls kaum noch geleistet werden kann.

Das Pflegestellenförderprogramm war von Ihnen angesprochen worden. Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass das aktuelle Pflegestellenförderprogramm explizit die allgemeine Pflege, also die Pflege auf der Allgemeinstation, im Blick hat und nicht jede Pflege, egal, ob im Medizincontrolling oder im Funktionsbereich. Gleichzeitig ist aber – da sind wir uns völlig einig – der Umfang völlig unzureichend.

Die Herausforderung, die sich hier stellt, ist die Frage der Nachhaltigkeit. Wie gelingt es nach der jetzt wieder begrenzten Förderphase, die Nachhaltigkeit herzustellen? Es ist angestrebt, eine entsprechende Expertengruppe zu installieren. Gleichwohl stellt sich die Frage, zu welchen Ergebnissen sie kommt und wann sie zu Ergebnissen kommt, die dann auch miteinander abgestimmt sind.

Ein Blick auf das Pflegeförderprogramm 2009 bis 2011 zeigt, dass die Stellen nach Ende des Förderprogramms wieder gestrichen wurden.

Ich komme zu Thema 2 „Weiterentwicklung der stationären Krankenhausversorgung“. Zur Weiterentwicklung gehört unabdingbar die Stärkung von Selbstständigkeit und Verantwortung der Pflegenden. Die auf der Folie dargestellten Forderungen sind aus dem Gutachten des Sachverständigenrats Gesundheit von 2007. Wir haben auch mit dem SGB V – § 63 Absatz 3 c – schon seit vielen Jahren die Möglichkeit der Stärkung der Selbstständigkeit, der Erprobung dieser selbstständigen Handlungsweise. Wir haben bundesweit nicht ein einziges Modellprogramm, das auf den Weg gebracht worden ist. Seitdem haben wir aber schon den dritten Gesundheitsminister.

Wir haben in Rheinland-Pfalz selbst Modellprojekte durchgeführt. Hier ging es um die Aufgabenumverteilung im Krankenhaus. Es hat sich gezeigt, dass diese Umverteilung sinnvoll und möglich ist und die Pflegenden bereit sind, die Verantwortung zu übernehmen – eine Frage, die immer wieder gestellt wird. Es hat sich aber auch gezeigt, dass das gesamte Programm nur dann sinnvoll umgesetzt werden kann, wenn auch das Budget der Aufgabenverteilung folgt. Es kann nicht sein, dass auf der einen Seite Aufgaben auf den Pflegedienst übertragen werden und gleichzeitig die finanzielle Ausstattung unverändert bleibt. Themenfelder für die Übertragung von Aufgaben auf Pflegende wären beispielsweise das Wundmanagement, das Schmerzmanagement oder das Symptommanagement.

Kommen wir zu der Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung im Hinblick auf bedarfsgerechte Angebote. Der Anteil der älteren Patienten im Krankenhaus liegt bei über 50 %, wenn wir 60 Jahre zugrunde legen. Der Anteil der Personen über 75 Jahre liegt

bei 25 %. Das heißt, wir haben im Krankenhaus spezifische Gruppen mit bestimmten Bedarfen, deren Situation häufig so ist, dass das Tempo im Krankenhaus – die Effektivität und Effizienz, die dort herrschen, vielleicht auch herrschen müssen – ihren Bedarfen nicht gerecht wird. Das Gleiche gilt für Menschen mit einer Demenzerkrankung. Das ist schwer zu erheben; aber es gibt Schätzungen, dass etwa 23 % der Menschen im Krankenhaus eine Demenzerkrankung haben.

Wir haben für beide Gruppen keine guten Antworten. Ich habe nicht die Vorstellung, dass wir ein Viertel oder sogar mehr der Patienten komplett in die Geriatrie zu überweisen, abgesehen davon, dass dort möglicherweise die Fachkompetenz nicht gegeben ist. Ich glaube, es geht darum, dass sich Krankenhausstrukturen auf ihre Klientel einstellen müssen und nicht umgekehrt.

Auch ich sehe das Erfordernis, einen Skill Mix, also Qualifikationsabstufungen, einzusetzen, wobei ich sehe, dass Skill Mix aktuell in dem Sinne interpretiert wird: Es gibt Pflegefachkräfte – wenn wir einmal in diesem Bereich bleiben –, und es gibt Assistenzpersonen. Gedacht wird in Deutschland im Moment wenig an hochschulisch qualifizierte Pflegende mit Bachelor- oder Masterabschluss, die ebenfalls eingesetzt werden sollen. Im Hinblick auf Pflegeassistenten stellt sich die Frage: Welche Aufgaben übernehmen sie? Die Gefahr ist, dass sie Leistungen übernehmen, für die sie nicht qualifiziert sind. Dazu haben wir eine Vielzahl von Beispielen.

Noch ein Blick auf hochschulisch Qualifizierte, auf Bachelorabsolventen: Sie bringen ein erweitertes und vertieftes Verständnis beispielsweise für die Planung, Durchführung und Evaluation evidenzbasierter und qualitätssichernder Interventionen mit und sind mit ethischer Entscheidungsfindung und der Übernahme von Verantwortung für professionelles Handeln vertraut. Ein weiterer Aspekt, der hochschulisch Qualifizierte häufig auszeichnet, ist die bessere Möglichkeit der Reflexion der eigenen Möglichkeiten und Grenzen.

Wenn wir uns Ihr Thema 3 „Verbesserung der Versorgungssituation von älteren Menschen nach dem Krankenhausaufenthalt“ anschauen, kann man nicht nur auf den Zeitraum nach dem Krankenhausaufenthalt schauen, sondern muss auch immer die Zeit vor, während und nach dem Krankenhausaufenthalt betrachten.

Eben hatte ich gesagt, der Anteil von älteren Patienten im Krankenhaus ist groß. Es gibt darüber hinaus einen großen Anteil von Menschen mit chronischen Erkrankungen, das heißt, Menschen, die vor dem Krankenhausaufenthalt krank waren, während des Krankenhausaufenthalts eine spezielle Intervention bekommen, aber auch eine entsprechende Nachsorge benötigen. Hier ist eine Begleitung sinnvoll. Es gibt gute Beispiele etwa in Finnland, sodass die Versorgungsbrüche nicht in dem Umfang, wie sie heute häufig passieren, stattfinden.

Während des Krankenhausaufenthalts ist eine bedarfsgerechte Versorgung nötig. Darauf gehe ich im Moment nicht ein, weil ich nur noch 1 Minute und 58 Sekunden Rede-

zeit habe. Ich hatte das eben wie auch das Thema „Schulung und Beratung“ schon angesprochen.

Hinweisen möchte ich aber auf den Punkt „Nach dem Krankenhausaufenthalt abgestufte Weiterbetreuung“. Da bin ich sehr nahe bei Herrn Einwag, der auch sagt: Wir brauchen dringend Zwischenlösungen. Wir brauchen Angebote zwischen dem kurzen Krankenhausaufenthalt, bei dem gezielte Intervention bzw. gezielte Therapie stattfindet, und der Häuslichkeit, in der jemand selbstständig allein lebt: beispielsweise eine Art stationärer Pflege, nicht im Sinne von Altenheim, sondern einer Einrichtung, in der gezielt Training für die Wiedererlangung der Selbstständigkeit erfolgen kann.

Beim Thema Prävention bin ich sehr froh, dass der Entwurf des neuen Präventionsgesetzes explizit Prävention für jedes Lebensalter in allen Lebensbereichen vorsieht. Ich hoffe, das kommt sozusagen auch ins Leben.

Ich sehe auch den Bedarf des Ausbaus der geriatrischen Rehabilitation.

Ich komme zu Thema 4 „Rahmenbedingungen der Krankenhäuser“. Bei der Sicherstellung der flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung geht es um die Patienten, wenn sie gerade einmal nicht im Krankenhaus sind. Hier sehe ich für Pflegenden mit einer entsprechenden speziellen Qualifikation die Möglichkeit, über Konstrukte wie Gesundheitszentren, Tandem-Praxen oder Walk-in-Kliniken, wie sie in der Schweiz erprobt worden sind, z. B. Verlaufskontrolle, Therapieanpassung, Beratung zur Integration von krankheitsbedingten Einschränkungen vorzunehmen und damit einen gewissen Anteil der Leistungen, die heute von medizinischer Seite erbracht werden, zu übernehmen. Der Blick in den internationalen Raum zeigt, dass es kaum Länder gibt, in denen es anders ist.

Eines Ihrer Themen lautet auch: Abbildung von Pflegebedarf im DRG-System. Es wurde nach Pflegeklassifikationssystemen wie beispielsweise LEP – Leistungserfassung in der Pflege – gefragt. Das LEP-System bildet ab, was geleistet worden ist, und macht keine Aussage darüber, ob der Bedarf überhaupt gegeben ist bzw. ob der vorliegende Bedarf erbracht werden konnte. Wenn nur eine Person 30 Patienten versorgt, kann sie nur einen bestimmten Leistungsumfang erbringen. An dieser Stelle haben wir eine Abbildung im LEP-System, aber keine Aussage darüber, ob das, was gemacht worden ist, ausreichend oder sinnvoll gewesen ist. Von daher halte ich LEP nicht für ein hilfreiches Instrument, um den Bedarf abzubilden. Das war hier die Frage.

Auch NANDA-Diagnosen sind angesprochen worden, die ich für ein gutes, professionelles Instrument halte. Es gibt aber derzeit keine Verbindung zwischen NANDA-Diagnosen und Pflegepersonalschlüsseln oder etwas in der Art. Da wäre noch deutliche Entwicklungsarbeit zu leisten.

Alternativ wäre zu prüfen, ob es Sinn macht, Anforderungen an die Strukturqualität – eine bestimmte Personalausstattung – als Voraussetzung für die Codierung einzelner OPS-Codes einzuführen. Da gibt es entsprechende Vorschläge beispielsweise vom Kollegen Simon. Das haben wir schon in Einzelfällen: etwa für komplexe Codierungen im Rahmen der Intensivversorgung.

Dem Fachkräftemangel in der Pflege begegnen: Ich sehe einen massiven Fachkräftemangel. Wir müssen es unbedingt erreichen, dass die Arbeitsbedingungen verbessert werden. Die Arbeitsbelastung muss reduziert werden. Wenn jeder, der eine Pflegekraft kennt, nur eine völlig übermüdete, völlig erschöpfte, völlig frustrierte Pflegekraft erlebt, wird niemand sagen: Das ist aber ein interessanter Job; den mache ich auch.

Wir brauchen darüber hinaus mehr Wertschätzung. Diese Wertschätzung kann und muss monetär, aber auch nicht monetär vermittelt werden.

Außerdem ist an lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle zu denken. Eine junge Mutter braucht vielleicht ein anderes Arbeitszeitmodell als jemand mit 55 oder 59 Jahren.

Wir brauchen eine strukturelle Stärkung des Pflegeberufs durch einen Verband oder eine Verkammerung. Ich komme aus Rheinland-Pfalz; wir haben gerade die Pflegekammer auf den Weg gebracht.

Ich sehe auch ein Potenzial in der Akademisierung der Pflegebildung.

**Vorsitzender Helmut Walter Rück:** Frau Professorin Dr. Stemmer, ich muss auf die Uhr hinweisen.

**Sv. Frau Dr. Stemmer:** Ich möchte mit einem Zitat von Sottas und Kickbusch schließen, das Sie gern auf der Folie lesen können; Sie finden es auch in Ihren Unterlagen. Die beiden sind Stiftungsratsmitglieder der Careum Stiftung, einer Schweizer Stiftung, die sich insbesondere für den Bereich der Pflegebildung stark macht, und weisen an dieser Stelle gerade der Bildung, Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen die entscheidende Bedeutung für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu.

Vielen Dank.

(Beifall)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Frau Professorin Dr. Stemmer.

**Abg. Dr. Patrick Rapp** CDU: Vielen Dank, Frau Professorin Stemmer, für Ihren Vortrag. – Ich habe an manchen Stellen ein paar Verständnisfragen. An der einen oder anderen Stelle hätte ich gern etwas tiefer geblickt bzw. Ihren breiten Fundus an Wissen etwas angezapft.

Bei Ihrer ersten These haben Sie eine Korrelation zwischen der Qualität der Pflege und dem Anteil an Teilzeitarbeitskräften unter den Pflegenden hergestellt. Ich hätte gern gewusst, worauf Sie das stützen, wie das substantiiert ist. Sie haben gesagt, die hohe Belastung spiele auch eine große Rolle für die Entscheidung, Teilzeitarbeitsverhältnisse einzugehen. Haben Sie auch Zahlen darüber, in welcher Weise die familiäre Situation der Pflegenden für die Wahl einer Teilzeitbeschäftigung eine Rolle spielt?

Sie haben dann die befristete „Übergangspflege“ mit Trainingsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Selbstständigkeit angesprochen. Gibt es dazu Beispiele in anderen Ländern?

Sie haben den Nachhaltigkeitsbegriff im Hinblick auf Effekte durch das Pflegestellenförderprogramm der Jahre 2009 bis 2011 angesprochen. Ich hätte Sie gern gefragt: Welche Rahmenbedingungen müssen wir aus Ihrer Sicht erfüllen, um dieses Nachhaltigkeitskriterium tatsächlich abbilden zu können?

Im Hinblick auf die Akademisierung und Bachelorstudiengänge sprechen Sie – ich muss es gerade nachlesen – von einer „Übernahme von Verantwortung für professionelles Handeln“ etc. Bewerten Sie die aktuelle Situation als negativ? Würden Sie als negativ konnotieren, was man aktuell im Bereich der bisherigen Ausbildung in der Pflege bzw. bei denen, die sie derzeit durchführen, vorfindet?

Sie haben die „Versorgungsbrücke“ angesprochen und das Beispiel Finnland erwähnt. Ich hätte gern die Frage gestellt, inwieweit dies finanziert ist und ob das aus Ihrer Sicht tatsächlich auf die Bundesrepublik bzw. auch auf Baden-Württemberg übertragbar ist.

Die gleiche Frage habe ich zu den Walk-in-Kliniken, wie sie auch in der Schweiz existieren. Hier bitte ich auch um eine Einschätzung aus Ihrer Sicht, inwieweit das tatsächlich übertragbar und finanzierbar ist.

Vielen Dank.

**Abg. Bärli Mielich** GRÜNE: Zuerst einmal ganz, ganz herzlichen Dank, Frau Stemmer, für diesen wirklich sehr inspirierenden Vortrag. Den fand ich sehr hilfreich.

Wir sind uns mittlerweile, glaube ich, alle total einig in der Analyse, dass Pflege eine bessere Wertschätzung braucht, dass wir einen dringenden Bedarf an mehr Pflegekräften haben und dass wir die Rahmenbedingungen sozusagen verstärken müssen. Aber immer dann, wenn es darum geht, ganz konkret zu sagen, wie wir z. B. den Pflegebedarf, der notwendig ist, wirklich ermessen können und wie wir ihn tatsächlich finanziell abbilden können – Da hatten Sie in Ihrem Vortrag ein paar Ansätze genannt. Sie hatten dann keine Zeit mehr, um das noch auszuführen. Dazu würde ich von Ihnen jetzt gern noch etwas hören.

**Vorsitzender Helmut Walter Rück:** Vielen Dank, Frau Mielich. – Herr Reusch-Frey.

**Abg. Thomas Reusch-Frey SPD:** Frau Professorin Dr. Stemmer, sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Es ist schon erschreckend, wenn Sie die Situation in den größeren Krankenhäusern als prekär beschreiben. Das lässt einen schon zusammensucken. Kann man sich wünschen, dass man ins Krankenhaus kommt und dann erfolgreich behandelt wird? Die Frage ist: Wie wirkt es sich konkret auf die Patienten aus, wenn die Situation des Pflegepersonals in der Art und Weise zugespitzt ist, wie Sie es beschreiben?

Sie haben das Thema „Gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufs“ angesprochen. Meine Frage ist: Haben Sie wissenschaftliche Ansatzpunkte, um an dieser Stelle etwas zu machen, und welche Möglichkeiten sehen Sie da?

**Vorsitzender Helmut Walter Rück:** Vielen Dank, Herr Reusch-Frey. – Herr Haußmann.

**Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP:** Frau Professorin Stemmer, Sie haben bei der zweiten These das Thema „Interdisziplinäre Teams“ angesprochen. Sie haben von Modellprojekten gesprochen, die Sie in Rheinland-Pfalz gemacht haben – sehr erfolgreich; Sie haben das beschrieben. Deutschland ist wahrscheinlich das Land, das am meisten Modellprojekte durchführt, sich aber bei der Umsetzung manchmal zurückhält. Darum die Frage: Haben Sie das, wenn es erfolgreich war, in Rheinland-Pfalz implementiert, oder scheitert das, weil es teurer ist, an der finanziellen Ausgestaltung? Vielleicht können Sie dazu noch etwas sagen.

Bei der dritten These haben Sie gut beschrieben, dass die Patientinnen und Patienten ein Stück weit beraten und auch geschult werden sollten. Haben Sie – weil wir bei Modellprojekten sind – überlegt, dass man da auch ein Modellprojekt aufsetzen könnte und wie das gestaltet werden kann? Muss das vom Krankenhaus ausgehen, oder würden wir da andere Organisationen brauchen? Heute Morgen kam das Stichwort Ombudsstelle im Bereich der stationären Pflege. Wäre das vielleicht auch ein Modell? In Rheinland-Pfalz muss es ja etwas entschärfter sein. Das ist ja das Bundesland mit dem absolut höchsten Landesbasisfallwert. Also müssten wahrscheinlich in Ihrem Bundesland – ich weiß nicht, ob Sie mit dazu beigetragen haben – die Sorgen etwas geringer sein als in Baden-Württemberg.



**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank für die Fragen. – Es liegt schon für die zweite Runde eine Wortmeldung des Kollegen Wahl vor. In Anbetracht der Zeit gehe ich davon aus, dass es keine zweite Runde geben wird. Wenn Sie also Ihre Frage jetzt kurz stellen würden.

**Abg. Florian Wahl SPD:** Herzlichen Dank, lieber Herr Vorsitzender, für die Möglichkeit. – Jetzt meine Frage. Sie haben am Schluss kurz das Thema „Rheinland-Pfalz und Verkammerung“ angesprochen. Ich würde gern von Ihrer Seite noch einmal hören, welche Vorteile Sie sich davon versprechen, zumal es im klinischen Bereich eigentlich schon eine höhere gewerkschaftliche Abdeckung gibt.

Danke.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank für die Fragen. – Jetzt zu den Antworten. Frau Professorin Dr. Stemmer, bitte.

**Sv. Frau Dr. Stemmer:** Vielen Dank für Ihr Interesse. – Ich komme direkt zu Ihrer ersten Frage, Herr Rapp, zu Gründen für Teilzeitarbeit. Es gibt sicher private Gründe. Es gibt auch Gründe seitens des Krankenhauses. Es gibt aber eben auch Gründe wegen der Überlastung, sodass die Pflegenden selbst äußern, dass sie, um mit dieser Belastung umzugehen, für sich den Weg sehen, eben Teilzeitbeschäftigung zu beantragen und zu leben. Da mischen sich die Gründe sicher, aber eine Teilzeitquote von 50 % ist natürlich schon eine erhebliche Situation, die die Krankenhäuser handhaben müssen.

Zum Thema Training und zu Beispielen, zur Entlassung nach dem Krankenhausaufenthalt in eine Trainingseinheit. Ja, dafür gibt es internationale Beispiele. Diese Einheiten werden häufiger von Pflegenden geleitet. Soweit mir die Ergebnisse vorliegen, läuft das vielfach gut. Die Frage, die sich uns in Deutschland stellt, ist: Wie wird diese Übergangseinheit finanziert? Darauf haben wir im Moment, glaube ich, keine Antwort.

Zum Pflegestellenförderprogramm. Sie hatten gefragt, wie Nachhaltigkeit sicherzustellen ist. Beim Programm der Jahre 2009 bis 2011 hatten wir die Situation, dass die Gelder entsprechend angeboten worden sind. Viele Krankenhäuser – nicht alle – haben sich daran beteiligt. Ganz platt: Als die Förderung weggefallen ist, sind die Stellen wieder weggefallen. Das war 1 : 1 nachzuvollziehen und schon im Vorhinein von den Häusern angekündigt, die sofort gesagt haben: „Wenn die Gelder nicht mehr fließen, dann können wir die Pflegenden so nicht mehr bezahlen.“

Was kann man tun, um das aktuelle Förderprogramm anders aufzustellen, sicherzustellen? Im Moment wird ja tatsächlich die Frage diskutiert: Wie kann der Pflegebedarf entsprechend abgebildet werden? Da wird es wahrscheinlich Lösungen geben, die aber – so sehe ich das – politische Lösungen sein werden; es wird nicht so sehr eine Frage von Bedarf sein. Der Pflegebedarf ist eine normative Entscheidung. Wessen bedarf jemand, der im Krankenhaus ist? Dazu gibt es keine absoluten Zahlen. Dazu gibt es letzt-

lich auch keine empirischen Zahlen. Ob der Bedarf auch darin zu sehen ist, dass die grundpflegerischen Tätigkeiten von professioneller Seite durchgeführt werden, oder ob das Leistungen sind, die wir von den Angehörigen erwarten, das ist eine Entscheidung, die wir treffen. Andere Länder treffen da andere Entscheidungen. Wir sind heute nicht an dieser Stelle, und ich hoffe, wir kommen auch nicht so schnell da hin. Trotzdem noch einmal: Die Frage des Pflegebedarfs ist eine normative Frage vor einem politischen Hintergrund. Man kann professionell argumentieren. Aber letztlich sind Bedarf und Bedürfnis zu unterscheiden. Bedarf ist eben die normative Setzung. Da ist die Frage, wie das Thema in dieser Arbeitsgruppe verhandelt wird.

Zum Vergleich zwischen Bachelor und beruflicher Bildung. Ja, ich sehe, dass im Rahmen der beruflichen Bildung und im Rahmen der akademischen Bildung unterschiedliche Kompetenzen herausgebildet werden. Ich sehe, welche große Mühe wir haben, die Personen, die zu uns kommen, die in der beruflichen Ausbildung stecken oder eine abgeschlossen haben, zu einem Handeln, zu einem Denken, zu einer Entscheidungsgrundlage zu bewegen, die – so sage ich einmal – abwägend ist. Die Grundhaltung ist häufig: Was ist richtig, was ist falsch? Da muss es jemanden geben, der sagt, was richtig und was falsch ist. Die Personen mit dem akademischen Abschluss stehen da definitiv an einer anderen Stelle. Sie sind – darüber gibt es viele Untersuchungen – im Praxishandeln eher in der Lage, in schwierigen Situationen Problemlösungen selbst zu kreieren und weiterzuentwickeln.

Zum Thema „Walk-in-Kliniken, Community Health Nursing“ und dazu, wie nah das an Deutschland ist. Ich glaube, dass auch das eine Frage der politischen Entscheidung ist. Es ist kein Feld, wo es automatisch teurer wird – weil das immer sofort die Frage ist –, sondern das, was die Modelle Tandem-Praxen, Walk-in-Kliniken oder Gesundheitszentren, die ich angesprochen habe, ausmacht, ist, dass spezifisch qualifizierte Pflegefachkräfte über Entscheidungskompetenzen verfügen, die hier im Moment den Pflegenden nicht gegeben sind.

Das ist schon eine etwas seltsame Angelegenheit, wie es sich in Deutschland im Moment darstellt und führt beispielsweise dazu, dass Kollegen, die aus dem Ausland, aus Spanien angeworben worden sind, um hier entsprechend tätig zu werden, sagen: „Zu diesen Bedingungen, mit diesem geringen Spielraum, bin ich nicht bereit zu arbeiten und gehe wieder.“

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Ja, genau!)

Ich glaube, das ist eher auf dieser Ebene anzusiedeln.

Die Frage nach der Bedarfsmessung hatten Sie, Frau Mielich, gestellt. Vielleicht ist sie schon ein Stück weit beantwortet. Es ist wirklich politisch. Dann kann man schauen, mit welchem Instrumentarium man vorgehen kann. Praxisnäher ist der Vorschlag des Kollegen Simon. Professionell näher ist es, tatsächlich zu schauen, wie es mit Pflegediagnosen aussieht, z. B. mit dem NANDA-System. Da können wir tatsächlich den Bedarf

erheben, der sich aus professioneller Sicht zeigt. Aber da ist Entwicklungsarbeit zu leisten, um eine Verbindung zwischen der NANDA-Diagnose und dem entsprechenden Personalbedarf herzustellen.

Interessant ist an dieser Stelle im Zusammenhang mit DRGs oder mit medizinischen Diagnosen: Es gibt ganz gute Untersuchungen dazu, wie gut die medizinischen Diagnosen den Pflegebedarf abbilden, so, wie er sich beispielsweise bei NANDA zeigt. Da kann man sagen, dass sich etwa 60 % der Pflegebedarfe und der Leistungen, die erbracht werden, über die medizinische Diagnose erklären, etwa 40 % aber nicht, weil diese Patienten noch anderes als eben unmittelbar mit der medizinischen Diagnose in Verbindung stehend mitbringen. Das würde man beispielsweise über Pflegediagnosen ganz gut erfassen können.

Herr Reusch-Frey, Sie hatten gesagt, bei der Beschreibung „prekär“ bekommt man einen Schreck. Die Frage, die die Enquetekommission gestellt hat, ist: Wie ist die aktuelle Versorgungssituation? Das ist natürlich eine andere Frage, als die, die ich beantwortet habe, aber die Unterpunkte fragen auch nach Pflege.

Meine These bezieht sich darauf: Wie ist die Situation der Pflege im Krankenhausbereich? Ich denke tatsächlich, dass sie prekär ist. Wir haben zu wenige Pflegende, und sie können dem fachlich Geforderten häufig nicht mehr nachkommen. Dazu haben wir auch Zahlen – zumindest für die Selbsteinschätzung. Die dip-Untersuchungen sind jeweils Selbsteinschätzungen.

Zum Thema „Gesellschaftliche Anerkennung“. Ich glaube, da zieht das eine das andere nach sich, wenn Pflegende zufrieden nach Hause gehen. Mundpropaganda spielt da sicher eine große Rolle. Wir haben eine Zeitlang ganze Familiendynastien gehabt, bei denen es in jeder Generation – Mutter, Tochter, Vater, Onkel – einige Pflegende gab. Diese Situation gibt es so gut wie nicht mehr, weil sie heute sagen: „Meiner Tochter sage ich: Geh du nicht ins Krankenhaus. Es reicht, dass ich mich dort die ganze Zeit knechte.“ Das ist die Situation, wie wir sie heute haben. Da brauchen wir wirklich Veränderungen.

Zu den Modellprojekten in Rheinland-Pfalz. Wir haben Modellprojekte durchgeführt. Im Rahmen dieser Modellprojekte wurden Aufgaben übernommen. Wir haben uns natürlich im rechtlichen Rahmen bewegt. Ich glaube, wir müssen heute, wenn wir in die Zukunft denken, über diesen Rahmen hinausgehen. Wir brauchen neue rechtliche Regelungen. Bei den Modellprojekten in Rheinland-Pfalz haben wir uns innerhalb der rechtlichen Regelungen bewegt. Das heißt, alles ging um Delegation, nie um Übertragung von Aufgaben. Trotzdem war der Spielraum, den die Pflegenden hatten, größer, weil sozusagen die Leine, die ihnen gelassen wurde, länger war. Das hat sich bewährt. Es war so, dass alle Beteiligten, sowohl die Pflegenden als auch die Medizinerinnen und Mediziner, die vor Ort tätig waren, mit dieser Art von Aufteilung zufriedener waren. Beide Seiten waren entlasteter. Die Prozesse liefen besser. Das Vertrauen ineinander wurde größer. In so einem Projekt ist es immer auch so, dass man mehr miteinander redet, dass die Kom-

munikation besser ist. Das ist jedenfalls zum Teil gelungen. Es gab auch ein Krankenhaus, wo es nicht gelungen ist, wo an dieser Stelle vonseiten der Pflegenden gesagt wurde: „Wir haben das Gefühl, das ist unser Projekt; die Mediziner haben damit nichts mehr zu tun.“ Die Entwicklung an dieser Stelle – ich glaube, nicht nur in Rheinland-Pfalz – wird eher von den Pflegenden akzeptiert als von der medizinischen Seite. Das sind die Player, die im Moment zeitweise blockieren.

Von daher ist es nicht so sehr die Frage, ob das gescheitert ist. Ich denke, es ist nicht gescheitert. Die Häuser mussten die entsprechenden Auseinandersetzungen intern führen. Sie sind hier wahrscheinlich genau an der Stelle, an der die rheinland-pfälzischen Krankenhäuser auch sind. Die Diskussion zwischen der Geschäftsführung, der Medizin, den Vertretern und den Pflegenden muss geführt werden, und die ist nicht leicht.

Zum Thema „Schulung, Beratung“. Herr Haußmann, wir müssen schauen, von welchem Beratungsverständnis hier auszugehen ist. Das Beratungsverständnis, das ich hier angesprochen habe, ist nicht so sehr im Sinne von Pflegeberatung zu verstehen: Wohin soll jemand nach dem Krankenhausaufenthalt gehen? Auch das wäre natürlich ein wichtiges Thema, auch als Teil des Versorgungsmanagements.

Ich habe hier stärker auf die fachliche Ebene geschaut. Wenn jemand im Krankenhaus ist und vielleicht mit einer bestimmten Bewegungseinschränkung nach Hause geht, dann muss er einüben, trainieren, wie er klarkommt, auch wenn er z. B. einen Fixateur hat. Es ging mir tatsächlich ganz unmittelbar darum, dass die Patienten Anleitung brauchen, um mit ihren Einschränkungen fertigzuwerden, klarzukommen. Es gibt häufig nicht ausreichend Zeit, um diese Art von Unterstützung zu leisten.

Die letzte Frage war die nach der Verkammerung. In Rheinland-Pfalz sehen wir in der Verkammerung eine große Chance, weil wir denken, dass wir als Player anders auftreten können. In der Kammer in Rheinland-Pfalz werden etwa 40 000 Pflegekräfte vertreten sein. Mit 40 000 Personen im Nacken kann man eine andere Struktur aufbauen, sodass bestimmte Vertretungen z. B. im Sozialministerium bei entsprechenden Sitzungen möglich sind, Rechtsberatung möglich ist usw. Auf der anderen Seite sind die Mitglieder der Kammer auch zu erreichen z. B. im Hinblick auf Fort- und Weiterbildung, ein Thema, das in der Pflege eher ein bisschen schwierig ist. Mit der Verkammerung verbunden ist die Verpflichtung zu Fort- und Weiterbildung und zum Nachweis von Fort- und Weiterbildung. Das halte ich für die Berufsgruppe auch für eine gute Entwicklung.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen herzlichen Dank, Frau Professorin Dr. Stemmer, für den Vortrag und die Beantwortung der Fragen.

(Beifall)

Ich bitte jetzt Frau Gölz ans Rednerpult.

**Sv. Frau Gölz:** Sehr geehrter Herr Rüeck, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bedanke mich ganz herzlich dafür, dass ich unsere Sicht auf die Situation der Pflege im Krankenhaus heute darstellen darf.

Ich möchte auch noch einmal Frau Breymaier entschuldigen. Sie lässt Sie ganz herzlich grüßen. Ich vertrete sie jetzt.

Ich bedanke mich zudem ganz ausdrücklich auch dafür, dass sich die Enquetekommission dazu entschlossen hat, eine ihrer Anhörungen der Pflege in den Krankenhäusern zu widmen. Ich will die Gelegenheit beim Schopfe packen und über aus unserer Sicht dramatische Entwicklungen in den Krankenhäusern berichten. Ich schließe mich einfach nahtlos meiner Vorrednerin und meinem Vorredner an. Wir haben uns bewusst dafür entschieden, uns darauf zu konzentrieren und den Übergang in den Altenpflegesektor auszusparen. Gern beantworte ich aber im Nachgang auch noch Fragen dazu.

Nun zu unseren Ausführungen.

Eine qualitativ gute Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern ist ganz grundlegend von der Sicherstellung guter Rahmen- und vor allem Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten im Krankenhaus abhängig. Die Qualität der Versorgung ist aktuell durch den Pflegepersonalnotstand in den Krankenhäusern bedroht. Das Pflegestellenförderprogramm wird daran nicht annähernd ausreichend etwas ändern.

Ich habe ein paar Zahlen für Baden-Württemberg herausgesucht, um eine Grundlage zu haben, wie sich das in Baden-Württemberg mit den Pflegenden, mit den Fällen und auch mit Ärztinnen und Ärzten entwickelt hat.

Die Zahl der Pflegekräfte in den baden-württembergischen Krankenhäusern wurde in der Zeit von 1996 – da wurde die Pflegepersonalregelung abgeschafft – bis 2013 um 1 543 Beschäftigte reduziert. Das sagt die Statistik.

Was man dabei noch sehen muss – das hat Frau Professorin Stemmer auch angesprochen –: Die Zahl der Teilzeitkräfte hat sich in dieser Zeit noch einmal erhöht. Das heißt, eigentlich ist der Abbau der Zahl von Vollzeitkräften – die Statistik sagt leider nichts über Vollzeitkräfte aus – wahrscheinlich weitaus dramatischer.

Die Zahl der pro Jahr behandelten Patientinnen und Patienten hat sich im selben Zeitraum um 313 357 erhöht. Die Verweildauer ist um 3,2 Tage gesunken. Ich sage das deshalb, weil es beschreibt, in welcher Veränderung sich im Moment die Pflegenden im Krankenhaus tagtäglich bewegen.

Interessant ist auch, dass sich im selben Zeitraum, von 1996 bis 2013, die Zahl der in baden-württembergischen Krankenhäusern beschäftigten Ärztinnen und Ärzte um 7 762 erhöht hat.

Die gesunkene Verweildauer, die Verschiebung leichter Fälle in die ambulante Versorgung und die Zunahme der Zahl von Patientinnen und Patienten mit demenziellen Erkrankungen haben die Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern zusätzlich erhöht. Während deutlich mehr Stellen für Ärztinnen und Ärzte geschaffen wurden, sind im Gegensatz dazu Pflegekräftestellen abgebaut worden. Ein Geschäftsführer der Sana Kliniken AG beschrieb die Bedeutung der Ärztinnen und Ärzte im DRG-System mit diesen Worten: „Die Ärzte sitzen an der Kasse.“ Ihre Entscheidungen wirken sich direkt auf die Erlössituation der Krankenhäuser aus. Jahrelang ist in den Krankenhäusern agiert worden nach dem Motto: „Mehr Fälle – dafür brauchen wir mehr Ärzte und weniger Pflegepersonal.“ Diese Theorie hat niemand jemals beweisen können.

Die prekäre Personalsituation in der Pflege führt dazu, dass die Pflegenden tagtäglich Prioritäten setzen und entscheiden müssen, welche eigentlich notwendigen Tätigkeiten am Patienten nicht gemacht werden können. Das birgt die Gefahr, sich falsch zu entscheiden. Weniger Zeit für die einzelnen Patientinnen und Patienten vergrößert die Gefahr, kritische Entwicklungen zu spät zu bemerken. Das hat auch etwas damit zu tun, dass man als Pflegefachkraft die Patientinnen und Patienten, wenn man nur ganz kurz zu ihnen hinkommt, quasi nicht mehr über längere Zeit beobachten kann und dann eben ihren Zustand nur schwer komplett gut einschätzen kann. Es birgt die Gefahr, Medikamente zu verwechseln, vorbeugende Maßnahmen wie z. B. bei der Mobilisation einzuschränken und zeitaufwendige hygienische Maßnahmen zu vernachlässigen.

Man muss bedenken, dass man, wenn man von einem Patienten zum anderen geht, immer die Hände desinfizieren muss, und jede Händedesinfektion muss mindestens 30 Sekunden lang eingerieben werden. Das ist eine halbe Minute. Es hört sich kurz an, aber wenn man das alles zusammenzählt, dann merkt man, wie eng das ist und wie schnell man in die Situation kommt, dass man diese 30 Sekunden unterläuft. Dies alles kann Patientinnen und Patienten gefährden oder ihre Genesung behindern.

Bereits im Jahr 2009 hat das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung bei einer Befragung von 14 000 Pflegenden herausgefunden, dass beispielsweise fast ein Drittel der Befragten häufiger oder oft angemessen Patientinnen und Patienten bei der Nahrungsaufnahme unterstützen konnten und fast zwei Drittel häufiger oder oft altersverwirrte Patientinnen und Patienten nicht ausreichend beobachten konnten.

Der DGB-Index „Gute Arbeit“ hat 2012 ermittelt, dass 84 % der befragten Pflegekräfte sagen, dass sie sich sehr häufig oder oft bei der Arbeit hetzen müssen, und 47 % sagen, dass sie sehr häufig oder oft Abstriche bei der Qualität ihrer Arbeit machen müssen, um ihr Arbeitspensum zu schaffen.

Der Krankenstand im Gesundheitswesen lag 2013 mit 4,6 % aller bei der DAK versicherten Erwerbstätigen zum ersten Mal an der Spitze aller Branchen und verschärft so den ohnehin gravierenden Personalnotstand. Die Spitzenreiter bei den Berufsgruppen sind Gesundheitspflegerinnen und -pfleger, Krankenpflegerinnen und -pfleger sowie Altenpflegerinnen und -pfleger.

Im November 2014 machten die Personalräte der vier Uniklinika in Baden-Württemberg die schwierige Situation in ihren Häusern öffentlich; 625 000 Überstunden – über alle Berufsgruppen – waren zu diesem Zeitpunkt aufgelaufen. Diese 625 000 Überstunden können aufgrund der Personalnot, insbesondere in der Pflege, nicht in Freizeit abgegolten werden – wie es der Tarifvertrag eigentlich vorsieht und wie es eigentlich notwendig wäre, um eine Erholung zu gewährleisten –, ohne die Patientenversorgung zu gefährden. Die aufgelaufenen Überstunden entsprechen einem Betrag von 12,5 Millionen €. Damit können 400 Vollzeitkräfte ein ganzes Jahr lang finanziert werden.

Im Übrigen hat in dieser Woche aufgrund der Grippewelle und der Problematiken, die sich in der Notfallversorgung in Bayern ergeben haben, der Bayerische Landtag einstimmig beschlossen, einen runden Tisch zur Überprüfung der Situation der Notfallversorgung und des Personalmangels in Bayern einzurichten. Dass in Bayern ein einstimmiger Landtagsbeschluss ergeht, ist so ungewöhnlich, dass ich denke, das macht deutlich, wie prekär die Situation im Moment in Bayern ist.

Die Arbeit im Krankenhaus ist verantwortungsvoll und qualifiziert. Die Beschäftigten erfüllen ihre Arbeit mit hoher beruflicher und sozialer Kompetenz. Dazu passt es nicht, wenn der Arbeitsplatz Krankenhaus die Beschäftigten auslaugt und ihre Gesundheit bedroht. Aufgrund von Personalmangel und Arbeitsdruck können viele Pflegenden die Kranken nicht mehr in dem Maß versorgen, wie es ihrem beruflichen Selbstverständnis entspricht. So entstehen Lücken in der sicheren Versorgung der Patientinnen und Patienten. Die Beschäftigten stellen eher ihre eigene Gesundheit zurück, als Kranke unverorgt zu lassen. Ihrem enormen Einsatz ist es zu verdanken, dass die Krankenhausversorgung noch nicht zusammengebrochen ist. Doch es ist unverantwortlich, zunehmend auf Freiwilligkeitsleistungen der Pflegenden zu bauen, wie die ständige Verfügbarkeit auch in der Freizeit – Stichwort: Holen aus dem „Frei“ –, und sie regelmäßig an ihre Leistungsgrenzen zu führen.

Mit diesen Bedingungen tragen die Krankenhäuser nicht dazu bei, das Interesse junger Menschen an einem Pflegeberuf zu wecken. Im gesellschaftlichen Wettbewerb um Auszubildende und Fachkräfte ist das ein wachsender Nachteil. So wird es zunehmend unmöglich, den zukünftig steigenden Bedarf an Fachkräften in der Pflege decken zu können.

Bereits ein normaler Krankheitsausfall führt in vielen Bereichen zu Notbesetzungen. Notbesetzung ist deshalb Normalzustand. Im Moment ist es mit der Grippewelle eigentlich schon fast am Rande von nicht mehr tragbaren Bedingungen.

Ver.di hat im Jahr 2013 in einem Personalcheck mit einer Befragung von Beschäftigten in den Krankenhäusern festgestellt, dass bundesweit derzeit 162 000 Stellen fehlen, 20 000 davon in Baden-Württemberg. Das Gros der fehlenden Stellen betrifft die Pflege.

Die Pflegenden, wie auch alle anderen Berufsgruppen im Krankenhaus, brauchen sowohl eine Haltelinie gegen den stetigen Personalabbau als auch einen geregelten Auf-

bau von Stellen, der für alle Krankenhäuser verbindlich ist und vergleichbare Kosten auslöst. Wir fordern deshalb eine Personalbemessung per Gesetz. Wir wollen es nicht den Krankenhäusern überlassen, wie mehr finanzielle Mittel verwendet werden. Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass diese Mittel überwiegend nicht dem Personal zugutekommen.

Eine gesetzliche Personalbemessung muss vier Kriterien erfüllen, um gegen die beschriebenen Probleme wirksam werden zu können. Sie muss auf der Basis einer Sollberechnung erfolgen, also auf einer Messung, wie viel Personal in welchem Setting notwendig ist. Die dadurch festgestellten zusätzlichen Stellen müssen finanziert werden, und zwar unserer Meinung nach außerhalb der DRGs, da sonst lediglich eine Verschiebung unter den Relativgewichten stattfindet, ohne dass zusätzliche Mittel für mehr Personal zur Verfügung stehen.

Die zusätzlich zur Verfügung gestellten Mittel müssen zweckgebunden für mehr Personal ausgegeben werden, und die Besetzung der errechneten und finanzierten Stellen im Krankenhaus muss kontrolliert und gegebenenfalls durch Entzug der Mittel bei Nichtbesetzung sanktioniert werden. So kann unserer Meinung nach nachprüfbar eine wirksame strukturelle Qualität gesichert werden.

Diesen Anforderungen genügt das von der Bund-Länder-Kommission vorgeschlagene Pflegestellenförderprogramm in keiner Weise. Es ist ein viel zu kleiner Tropfen auf einen viel zu heißen Stein. Die für das Programm derzeit vorgesehenen Mittel werden bundesweit 6 000 bis 7 000 Pflegestellen mehr bringen – das hört sich erst einmal gut an, doch im Durchschnitt sind das in drei Jahren pro Haus nur zwei Stellen –; notwendig sind nach unseren Berechnungen aber 70 000.

Die Dramatik in den Krankenhäusern scheint bislang nicht deutlich geworden zu sein. Personalmangel wirkt sich direkt auf die Qualität der Versorgung und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten aus. Pflege ist unabdingbar für die Qualität und die Sicherheit der Versorgung. Das belegen zahlreiche Studien über erhöhte Fehlerhäufigkeit aufgrund von Personalmangel. Die Studie von Aiken et al. mit Daten aus neun europäischen Ländern hat ergeben: Ein Patient, eine Patientin mehr, die eine Pflegekraft zu betreuen hat, erhöht die Sterblichkeit um 7 %.

Professor Dr. Grandt vom Universitätsklinikum Saarbrücken kommentiert die Studie von Aiken im „Deutschen Ärzteblatt“ so:

*Übertragbar und zwingend anzuwenden ist die Erkenntnis, dass der Zusammenhang zwischen Personalschlüssel und Behandlungsqualität bzw. Patientensicherheit so deutlich ist, dass Diskussionen über die Personalausstattung von Krankenhäusern nicht mehr entkoppelt davon erfolgen dürfen.*



Wer also Qualität verbessern und die Patientensicherheit garantieren will, muss deutlich mehr zusätzliche Pflegestellen schaffen als durchschnittlich zwei pro Krankenhaus.

Ein Pflegestellenförderprogramm hat es schon einmal gegeben; das haben wir schon gehört. Das Problem war, dass es die tatsächlichen Kosten für zusätzliches Personal nur teilweise finanzierte, dass es den Grad der Unterbesetzung unberücksichtigt ließ, dass es nur während der Laufzeit gewirkt hat und dann, als es vorbei war, diejenigen bestraft hat, die Stellen geschaffen haben, weil die nämlich auf den Kosten des zusätzlichen Personals sitzengeblieben sind. Das war der Grund, warum die Stellen wieder abgeschafft wurden.

Wir haben vorgeschlagen, dass wir kurzfristig die alte Pflegepersonalregelung als Übergangslösung reaktivieren sollten, um ein Personalbemessungsverfahren zu entwickeln. Die alte Pflegepersonalregelung hat sich damals bewährt. Als man damals festgestellt hat, dass man doch sehr viel zusätzliches Personal braucht, hat man sie kurzerhand abgeschafft mit allen Folgen, die ich eben beschrieben habe.

Ein gesetzliches Personalbemessungsverfahren, wie wir es fordern, würde die negativen Wirkungen des DRG-Systems wie die Anreize zur permanenten Kostensenkung, die die Unterschreitung der InEK-Benchmark-Vergleiche und die Steigerung der Erlöse bzw. der Reduzierung des Verlusts pro behandeltem Fall zum Ziel haben, wirksam eindämmen. Wir sehen keine Alternative zu einer gesetzlichen Personalbemessung. Das Pflegestellenförderprogramm ist aus den oben genannten Gründen mit Sicherheit keine.

Die Expertenkommission, die jetzt eingesetzt worden ist, hat übrigens auch nicht den Auftrag, ein Personalbemessungsverfahren zu entwickeln, sondern soll nur prüfen, ob der Pflegebedarf im DRG-System oder über Zusatzentgelte abgestimmt werden kann.

Im Übrigen gibt es schon seit längerer Zeit – seit der Einführung – immer wieder Zuschläge im DRG-System. Es ist unserer Meinung nach schlicht und ergreifend ein Zeichen dafür, dass das DRG-System – so, wie es in anderen Ländern ja der Fall war – als Steuerungssystem, aber nicht als Finanzierungssystem genutzt werden sollte. Ganz wichtig ist, dass man die Personalkosten außerhalb des DRG-Systems finanziert.

Ganz kurz zu den Investitionskosten. Das ist jetzt schon mehrmals gesagt worden. Ich will noch einmal deutlich machen, dass Investitionskosten – also eine nicht ausreichende Finanzierung von Investitionen – zulasten des Personals gehen. Das Motto unserer Kampagne von vor einigen Jahren, das immer noch aktuell ist, lautet: „Baustellen dürfen nicht mit Personalstellen finanziert werden.“ Wenn Sie Eigenleistungen erbringen müssen, um Investitionen zu tätigen, müssen Sie das aus den Betriebskosten finanzieren oder Sie müssen Geld aufnehmen und aus den Betriebskosten die Zinsen bezahlen. Wenn Sie das machen, haben Sie schlicht weniger Geld fürs Personal übrig.

Dazu ein Beispiel: Ein Klinikum der Maximalversorgung hat über 17 Jahre Investitionen in Höhe von 140,6 Millionen € finanziert. Das sind im Schnitt 8,3 Millionen € pro Jahr. Mit 140,6 Millionen € hätte man 17 Jahre lang 166 Pflegekräfte finanzieren können. Wir anerkennen absolut, dass Baden-Württemberg das einzige Bundesland war, das – nach Antritt der grün-roten Landesregierung – die Mittel für die Investitionskostenfinanzierung aufgestockt hat. Das hat zuvor kein anderes Bundesland gemacht. Jetzt hat eines nachgezogen; die anderen sind immer noch munter dabei, die Investitionskostenförderung abzubauen.

**Sv Frau Gölz:** Noch ganz kurz etwas zu neuen Berufsgruppen, der Verlagerung von einzelnen Tätigkeiten auf unterschiedlich qualifizierte Beschäftigte.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Aber ganz kurz, Frau Gölz.

Wir glauben, dass man als Allererstes Anstrengungen unternehmen muss, die Ausbildungszahlen in der Pflege wieder zu erhöhen. Es irritiert, dass in der Altenpflege alles gemacht wird, um das zu tun, man aber von der Krankenpflege an dieser Stelle gar nichts hört. Bevor wir versuchen, den Mangel zu verteilen, sollten wir erst schauen, was wir tun können, damit sich der Mangel tatsächlich verändert durch bessere Rahmenbedingungen, dadurch, dass der Beruf attraktiv wird, dadurch, dass sich Menschen für diese Ausbildung entscheiden, und dadurch, dass mehr Ausbildungsplätze zur Verfügung gestellt werden.

Jetzt höre ich auf. Alles Weitere, das Sie von mir wissen wollen, kann ich hoffentlich dann auf Ihre Fragen beantworten.

Vielen Dank.

(Beifall)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank, Frau Gölz. – Herr Dr. Rapp, bitte.

**Abg. Dr. Patrick Rapp** CDU: Vielen Dank. – Frau Gölz, herzlichen Dank für Ihren Vortrag. Sie und ebenfalls Frau Dr. Stemmer haben den Zusammenhang, die Korrelation zwischen Teilzeitarbeit und Überforderung hergestellt. Ich würde Sie gern fragen, ob Sie dafür wissenschaftliche Grundlagen haben bzw. welche Zahlen, welche Erkenntnisse Ihnen diesbezüglich vorliegen.

Zum Zweiten haben Sie – das ist eher eine Verständnisfrage – die Aufstockung der Zahl der Ärzte zum Abbau der Zahl der Pflegekräfte in einen Vergleich gesetzt. Inwieweit hat da die Einhaltung der Arbeitszeitgesetzgebung eine Rolle gespielt?

In Ihrer weiteren Ausführung haben Sie im Hinblick auf die Personalbemessung erklärt, dass wir mittlerweile prekäre Verhältnisse haben. Da sind wir uns hier wahrscheinlich

alle einig. Es ist aber auch so, dass die Gewerkschaft das Bildungsfreistellungsgesetz fordert und damit möglicherweise eine zusätzliche Komponente einbringt. Hierzu würde mich Ihre Bewertung interessieren.

Sie haben weiter zur gesetzlichen Personalbemessung ausgeführt. Dazu zwei Unterpunkte. Erstens: Wer legt diese Personalbemessung fest? Es muss ja eigentlich ein sogenanntes atmendes System sein. In welcher zeitlichen Folge müsste das passieren?

Zweitens: Sehen Sie möglicherweise nicht auch die Gefahr einer Nivellierung über die gesamte Bundesrepublik hinweg – wenn ich den ersten Vortrag noch richtig im Kopf habe, steht Baden-Württemberg, was die Personaldecke angeht, im Vergleich zu den anderen Bundesländern noch besser da –, dass uns etwas passiert, das ein Herunternivellieren nach sich ziehen kann, was am Schluss für die Pflege in Baden-Württemberg eher negativ wäre?

Vielen Dank.

**Abg. Bärbl Mielich** GRÜNE: Frau Gölz, herzlichen Dank für Ihren Vortrag. – Ich gehe auch auf den Punkt Personalbemessung ein. Sie haben sehr ausführlich geschildert, wie die aktuelle Situation der Akutversorgung in den Krankenhäusern ist.

Ich habe folgende Nachfrage. Sie haben gesagt, es gibt eine DGB-Studie, die besage, dass 20 000 Stellen fehlen. Sind das Stellen, die aktuell unbesetzt sind, oder sind das Stellen, die eigentlich zusätzlich besetzt werden müssten? Das habe ich nicht so richtig herausgehört aus dem, was Sie gesagt haben.

Sie sagen, es gebe Berechnungen, dass 70 000 zusätzliche Stellen in Baden-Württemberg eingerichtet werden müssen, sagen aber gleichzeitig, dass es noch kein Personalbemessungsinstrument gebe. Das, finde ich, ist ein Widerspruch. Da würde ich gern wissen: Wie kommen Sie auf diese 70 000 zusätzlichen Stellen?

Zum anderen wollen wir in der Tat möglichst von den Praktikerinnen und Praktikern Ideen bekommen, wie man Personalbemessung nach Kriterien überhaupt erarbeiten kann, damit sie auch einer Prüfung standhalten. Der Begriff „Strukturqualität“ ist auch bei Frau Stemmer eben gefallen. Das ist natürlich ein Parameter, ganz klar. Aber inwieweit können Personalbemessungsinstrumente entwickelt werden? Haben Sie da konkrete Ideen? Das wäre ja der erste Schritt. Bevor man sagt, dass 70 000 Stellen fehlen, muss man erst einmal sagen: Wir brauchen nicht nur ein Instrument, sondern wir brauchen ein Verfahren, um das überhaupt festzustellen.

Die zweite Frage: Ihre Argumentation zur Akademisierung der Pflegeberufe folgt aus meiner Sicht dem Motto: Erst wollen wir schauen, dass wir wieder genügend Personen bei der dreijährigen Fachausbildung akquirieren, bevor wir uns um die Akademisierung

kümmern. So hörte sich das an. Das verstehe ich, ehrlich gesagt, nicht. Für mich ist das kein Widerspruch.

**Abg. Sabine Wölfle** SPD: Vielen Dank, Frau Gölz, für Ihren Vortrag. – Wir haben gehört, dass die Beschäftigungssituation in der Altenpflege und in der Akutpflege sehr schwierig ist. Würde es Ihrer Ansicht nach Sinn machen, dass man generell das Thema Pflege ganzheitlich betrachtet und nicht mehr in diese beiden Bereiche trennt?

**Abg. Jochen Haußmann** FDP/DVP: Sehr geehrte Frau Gölz, Sie – oder Frau Breymaier – haben auf der letzten Seite Ihres Papiers geschrieben – an diesem Leitbild, denke ich, muss man sich festhalten –: „Wir müssen alles tun, um die Pflegenden zu unterstützen, ihren Beruf bis zur Rente ausüben zu können.“ Wenn sich das gerade einmal ein Fünftel der betreffenden Personen vorstellen können – Sie haben diese Zahl genannt –, dann bringt das schon zum Ausdruck, vor welchen Herausforderungen wir stehen.

Die Frage ist, welcher Weg der richtige ist. Sie haben in Ihrem Vortrag auf den Abbau von Stellen für Pflegekräfte einerseits und den Aufbau von Stellen für Ärzte andererseits hingewiesen. Meine Frage ist, ob das nur informativ sein soll, oder besteht der Eindruck, dass wir weniger Ärzte brauchen, um mehr Pflegekräfte zu bekommen? Vielleicht könnten Sie das noch einmal erläutern.

Zum Thema Personalbemessung: Das resultiert daraus, dass man sagt: „Wir müssen da mehr investieren, wir müssen mehr Geld bereitstellen, und das darf nicht irgendwo anders hineingehen.“ Wenn man die Kriterien anschaut, stellt sich die Frage: Bauen wir da nicht eine enorme Bürokratie auf? Wir haben ja schon relativ viel Bürokratie und Dokumentationen. Wenn ich sehe, wie sich Kliniken in der Organisation auch aufgrund des medizinischen Fortschritts immer wieder verändern, stellt sich die Frage: Hinken wir da nicht immer ein Stück weit hinterher, Sollberechnungen zu machen und das entsprechend zu kontrollieren?

Da es ja schon den Pflegemangel gibt, frage ich: Besteht da nicht auch die Gefahr, Kliniken zu sanktionieren, die gern einstellen würden, aber niemanden finden? Die müssten wir dann ja sanktionieren. Wie soll sanktioniert werden – monetär oder indem man sagt, dass es hier zu wenige Pflegekräfte gibt? Wie stellen Sie sich das vor?

Ich vermisse ein Stück weit das Thema Qualität. Wäre bei Ihnen das Thema Qualität mit abgebildet?

Noch eine Nachfrage zu Punkt 3: „Keine neuen Berufsbilder“. Dazu hat Ihnen jetzt die Zeit gefehlt. Darum möchte ich Ihnen die Möglichkeit geben, dazu noch auszuführen. Ich habe es so verstanden: Priorität hat erst einmal, Pflegepersonal zu finden, bevor man sozusagen in neue Berufsbilder geht. Sie haben ein bisschen die Sorge, dass man

neue Berufsbilder schafft, obwohl die Priorität jetzt wäre, zusätzliches Pflegepersonal zu gewinnen.

Abschließend – im Juli behandeln wir das Thema Pflegekammer –: Können Sie sich vorstellen, dass eine Pflegekammer bei diesen Herausforderungen Unterstützung leisten könnte?

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen Dank für die Fragen. – Frau Gölz, bitte.

**Sv. Frau Gölz:** Wie viel Zeit habe ich jetzt dafür?

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Eigentlich haben Sie nur neun Minuten. Aber weil die Uhr vier Minuten lang nicht ging, haben Sie noch 13 Minuten.

**Sv. Frau Gölz:** Wahnsinn, das ist ja toll. – Herr Dr. Rapp, zum Punkt „Teilzeit und Überforderung“. Ich habe nichts zur Überforderung gesagt. Ich habe in den schriftlichen Ausführungen nur festgestellt, dass es diese Menge an Teilzeitbeschäftigten gibt.

Es ist im Moment eine Arbeitsgruppe bei der Regionaldirektion Baden-Württemberg der Bundesagentur für Arbeit dabei, dieses Thema statistisch aufzuarbeiten. Ich hoffe, dass in der nächsten Zeit dazu Zahlen vorgelegt werden können. Da ich in dieser Arbeitsgruppe bin, kann ich zumindest schon sagen, dass es deutlich geworden ist, dass die Wissenschaftler sowohl für die Altenpflege als auch für die Krankenpflege ganz eindeutig sagen: Das kann man nicht mehr darauf zurückführen, dass die Menschen in Teilzeit arbeiten wollen. Vielmehr gibt es einen hohen Anteil an Zwangsteilzeit; wir nennen es so. Das ist auch relativ logisch. Wenn Sie zu wenig Personal haben und Dienste abdecken müssen, dann brauchen Sie mehr Köpfe. Daher gibt es immer mehr Teilzeitstellen. Das bringt vielleicht auch eine Entlastung.

Das Problem, dass die Teilzeitbeschäftigten sehr viel häufiger aus dem „Frei“ geholt werden, ist das eine. Zweitens gibt es eine neue Studie, die besagt, dass im sozialen Sektor, vor allem im Gesundheitssektor, die Beschäftigten aufgrund des hohen Teilzeitbeschäftigungsanteils auf eine Altersarmut zulaufen. Das ist eine Dramatik, die man mit beachten muss.

Ich kenne viele Pflegekräfte, die sagen: „Ich will lieber weniger arbeiten.“ Das ist richtig. Aber sie gehen schlicht das Risiko der Altersarmut ein. Da wird das eine durch das andere ausgespielt.

Zum Thema „Aufstockung der Stellen für Ärzte“. Sie haben vollkommen recht: Das ist mit Sicherheit zum Teil auch deshalb der Fall, da Arbeitszeitregelungen dort verstärkt eingehalten worden sind und man daher mehr Ärztstellen geschaffen hat. Aber ich bin sehr lang im Geschäft und weiß aus all den Jahren, dass es immer und überall so begründet wurde: „Wir haben jetzt mehr Fälle. Darum brauchen wir mehr Ärzte und weni-

ger Pflege.“ So ist es nach der DRG-Einführung passiert, dass wir überhaupt in diese Situation gekommen sind. 2008 gab es eine Kehrtwende. Da hat man gemerkt, dass man auf diese Art und Weise nicht mehr weiterkommt. Insofern haben Sie recht.

Herr Haußmann, das kann ich direkt dazu sagen: Dies ist kein Plädoyer: „Schafft die Ärzte ab, dann wird alles besser.“ Nein, Ärztinnen und Ärzte haben genauso gut und viel zu tun wie Pflegende. Ich spreche an dieser Stelle nur für die Pflegenden. Die Ärzte hat man gebraucht, aber die Pflegenden sind absolut ins Hintertreffen geraten.

Zum Bildungsfreistellungsgesetz: Ja, das haben wir gefordert, das ist richtig. Das fordern wir ganz explizit für das Sozial- und Gesundheitswesen, dem Bereich, aus dem ich komme, weil wir sagen, das ist eine weitere Möglichkeit für die Pflegenden, für ihre politische Weiterbildung etwas zu tun, auch außerhalb ihres Urlaubs etwas für sich zu tun. Das ist sicherlich eine weitere Entlastung. Dass es natürlich den Personalmangel verschärfen wird, das wissen wir auch, das ist schon richtig. Aber es stellt sich ja immer die Frage, ob man die Leute stecken lässt und gar nichts macht oder ob man ihnen hilft, dass eine Entlastung mit dazukommt.

Ich will versuchen, das Thema „Gesetzliche Personalbemessung“, das ich hier so stark vertreten habe, für alle Fragenden noch einmal zu erläutern. Das Problem einer gesetzlichen Personalbemessung ist, dass auch wir noch nicht den Stein der Weisen haben, wie so etwas gut funktionieren kann. Frau Professorin Stemmer hat vorhin einiges dazu ausgeführt. Das sind die ersten Ansatzpunkte, an denen wir im Prinzip auch hängen.

Wir fordern, dass wir in eine Phase kommen, in der entschieden wird, dass man sich ein solches System bzw. die Entwicklung eines solchen Systems wirklich anschaut mit allen Problematiken, die Sie jetzt völlig korrekt aufgelistet haben: Was ist, wenn wir besser sind als die anderen? Würden wir dann herunternivelliert werden? Und was ist mit der hohen Bürokratie?

Ihre Fragestellungen sind vollkommen richtig. Diese Fragen müssen wir aufnehmen und gemeinsam – sowohl wissenschaftlich begleitet als auch mit Politik und Praktikern – anschauen, um überhaupt in die Situation zu kommen, dass so etwas entwickelt wird. Sie haben es ja völlig anders dargestellt. Aber im Moment ist es so, dass wir quasi oft mit Argumenten konfrontiert werden wie: „Das erhöht sowieso nur die Bürokratie“ und „Das macht dieses oder jenes“, sodass wir gar nicht erst in eine Entwicklungsphase kommen. Das ist auch unsere Kritik vor allem an der Expertenkommission, die durch die Bund-Länder-Kommission eingerichtet werden soll, dass nämlich die eben gerade nicht den Auftrag hat, sich das anzuschauen, dass es eben gerade nicht eine Übergangslösung gibt, bis sie zu einer Erkenntnis gekommen ist, wie man die Situation in den Krankenhäusern tatsächlich verbessert. Das Pflegestellenförderprogramm ist ein richtiger Schritt, ein Beginn, aber absolut unzureichend.

Auch wir können Ihnen also kein fertiges Konzept auf den Tisch legen. Die Ansatzpunkte hat Frau Dr. Stemmer genannt. Es wird, wie gesagt, bei uns genauso diskutiert. Aber

wir wollen eine Situation, in der so ein Konzept entwickelt wird. Wir wollen, dass wir, bis es tatsächlich vorliegt, als Übergangslösung die alte Pflegepersonalregelung reaktivieren können, die sich nicht unbedingt am Bedarf orientiert; sie hatte damals ja auch ihre Schwächen. Unsere Forderung ist, dass man in eine solche Situation kommt.

Die Frage, wer die Personalbemessung macht, habe ich damit auch beantwortet, Herr Dr. Rapp. Wir glauben, dass es schnell passieren muss. Wir sind der Meinung, dass wir, bis Ergebnisse vorliegen, etwas für den ersten Schritt brauchen.

Zu Personalbemessung und Personalcheck: Den Personalcheck haben wir durchgeführt. Wir haben Beschäftigte in den Krankenhäusern befragt, was sie entsprechend ihrem beruflichen Selbstverständnis glauben, wie viele Stellen mehr sie brauchen würden, um so zu arbeiten, wie sie es gelernt haben und wie sie es für verantwortbar halten.

Da waren die Kolleginnen und Kollegen sehr vorsichtig. Wir haben alle Berufsgruppen gefragt. Es ist herausgekommen, dass aktuell bundesweit 162 000 Stellen fehlen. Es sind keine nicht besetzten Stellen, sondern die sind gar nicht da. Wenn man das auf Baden-Württemberg herunterbricht, sind es 20 000, und von diesen 20 000 ist das Gros in der Pflege. Wir haben nur für Baden-Württemberg Zahlen erhoben. Alle anderen Zahlen haben wir nicht herausgegeben, weil das sonst Häuser diskreditieren würde.

Die zusätzlichen 70 000 Stellen ergeben sich dann aus diesen Berechnungen, also aus dem, was wir daraus errechnet haben.

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Aus der Umfrage?)

– Aus der Umfrage, genau. Die Umfrage war nicht wissenschaftlich, aber repräsentativ.

Zur Akademisierung der Pflegeberufe und zu dem Thema „Genügend Stellen“ – das war ein bisschen kurz, weil ich mit der Zeit nicht zurechtkam –: Es ist nicht so, dass wir die dreijährige Ausbildung gegen die Akademisierung ausspielen wollten, genauso wenig, wie wir andersherum nicht sagen: Reine Akademisierung, wir brauchen die dreijährige Ausbildung nicht mehr.

Unser Plädoyer ist: Bevor wir versuchen, dem Pflegekräftemangel durch Verlagerung auf unterschiedliche Berufsgruppen zu begegnen und zu schauen, wie man die Tätigkeiten hin und her verschieben kann, müssen wir erst einmal den Blick darauf werfen, was wir tun können, um die Ausbildungszahlen zu erhöhen. Dass wir sicher irgendwann einmal an den Punkt kommen werden, dass wir uns über solches Gedanken machen müssen oder wo quasi diese Gedanken vorliegen müssen, wir können sie uns parallel machen – – Unser Eindruck ist im Moment: Es wird ausschließlich geschaut, wie man die Pfl egetätigkeit in unterschiedliche Untertätigkeiten untergliedern und sie dann unterschiedlich qualifizierten Personen zuweisen kann – weg von dem, was uns die Pflegen-

den auch sagen: „Wir haben jahrelang dafür gekämpft, dass wir von der Funktionspflege zur ganzheitlichen Pflege kommen.“ Davon entwickeln wir uns wieder zurück, wenn wir das so zergliedern. Man hat dabei so einen tayloristischen Eindruck. Dass wir die Akademisierung brauchen und dass die Kolleginnen und Kollegen wichtig sind – auch für Pflegeplanung und für alles, was der reinen Pflege am Bett übergeordnet ist –, das ist völlig unbestritten. Das Problem ist, dass die Krankenhäuser für akademisierte Pflegekräfte keine richtig zugewiesenen Stellen haben. Sie werden ausgebildet. Aber darüber, wie sie dann beschäftigt werden, müssen wir uns noch sehr viel deutlicher Gedanken machen.

Wir glauben aber nicht, dass man aus dem, was die in drei Jahren Ausgebildeten, was diese Fachkräfte machen, dieses oder jenes herausnehmen kann, um es auf Assistenzberufe jedweder Art zu verteilen in der Art, dass wie früher einer nur mit dem Blutdruckmessgerät durchläuft und ein anderer mit dem Fieberthermometer und dann einer mit den Tabletten. Das war keine ganzheitliche Pflege. Die Pflegekräfte haben ganz stark dafür gekämpft, dass das anders wird. Und jetzt bewegen wir uns quasi wieder rückwärts.

Unsere Forderung wäre: Was tun wir, um die Ausbildungszahlen für die dreijährige Ausbildung in Baden-Württemberg zu verbessern? Wir tun es in der Altenpflege. Was tun wir jetzt in der Krankenpflege?

Frau Wölfle, zum Stichwort: „Pflege ganzheitlich betrachten“: Das Problem ist – wenn man über das redet, was eigentlich der Inhalt der Enquetekommission ist –, dass wir ja über die Pflegebranche insgesamt reden. Die Enquetekommission schaut sich die Pflegebranche an. Ich habe mich heute auf die Berufsgruppe „Pflege in den Krankenhäusern“ beschränkt. Es ist notwendig, dass wir die gleiche Aufmerksamkeit, die man der Altenpflege widmet, auch den Krankenhäusern und dort der Berufsgruppe „Krankenpflege“ widmet, aber auch allen anderen Berufsgruppen, die dazugehören. Man darf sich nicht nur die Altenpflege anschauen, sondern man muss sich auch die Krankenhäuser anschauen. Bei Letzterem besteht ein ganz hoher Nachholbedarf. Man darf bei dem einen nicht nachlassen, muss aber auch das andere tun.

Stichwort „Pflegekammer“. Unsere Position zur Pflegekammer ist die: Wir haben gar keine Zeit mehr, um eine Pflegekammer zu implementieren. Eine Pflegekammer zu entwickeln und aufzustellen frisst so viel Energie und Zeit von den Politikern, von den Ministerien, von den Pflegenden, von den Pflegeverbänden. In Rheinland-Pfalz läuft das seit fast zwei Jahren. Da wird unheimlich viel gemacht. Da bewegt sich unheimlich viel in Richtung Pflegekammer. Ich habe noch nicht so wahnsinnig viel gesehen, was sich sonst bewegt.

Das Problem ist Folgendes: Wenn wir eine Institution hätten, in der wir uns morgen hinstellen könnten und mit allem loslegen könnten, was der Pflegekammer zugesprochen wird, dann könnten wir uns das überlegen. Aber uns in einer Situation, die Frau Professorin Stemmer „prekär“ nennt – ich sage, das Ganze steht kurz vor dem Kollaps –, zwei



Jahre lang mit der Pflegekammer zu beschäftigen – diese Zeit haben wir nicht mehr. Wir müssen die Pflege aufwerten, das ist richtig. Wir müssen schauen, dass sie eine größere Stimme bekommt. Aber ich glaube, dass wir das anders können als mit einer Pflegekammer. Vor allem glaube ich, dass wir keine Zwangsverkkammerung brauchen – die Betonung liegt auf Zwang –, also dass sich die Pflegenden in der Pflegekammer organisieren müssen. Das brauchen wir auf gar keinen Fall.

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen herzlichen Dank, Frau Gözl.

(Beifall)

Nun zum letzten Referenten in unserer Anhörung, dem Sachverständigen Herrn Detlef Friedrich.

**Sv. Herr Friedrich:** Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Abgeordnete! Ich glaube, es gibt kein Erkenntnisproblem in Deutschland. Ich selbst bin seit 26 Jahren mehr oder weniger beratend in dem System – nach praktischer Tätigkeit. Ich bin Geschäftsführer der contec GmbH und gleichzeitig des Instituts für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft.

Wenn Sie meine Ausführungen jetzt gleich hören, dann nehmen Sie bitte mit, dass ich 2001 mit Chefärzten, Pflegedirektoren und Verwaltungsdirektoren in Australien gewesen bin und mir vor der Einführung des Systems in Deutschland das System in Australien angeschaut habe und mich gefragt habe: „Was kommt da nach Deutschland, was ist passiert?“ Sie werden gleich einige Punkte entdecken, warum es mir wichtig ist, das vorher gesagt zu haben.

Meine Thesen sind an einigen Stellen angeklungen.

Ich steige ein mit der These: Die Versäulung im Gesundheitswesen muss überwunden werden, um die zukünftige Versorgung überhaupt zu sichern.

Eine der wesentlichen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und somit eine große Beeinträchtigung der ansonsten qualitativ guten Versorgung ist die als Versäulung bezeichnete Differenzierung in eine Vielzahl von Sektoren und Leistungsträger mit eigenen Rechts- und Finanzierungskreisen; das macht es uns schwer. Deren Folgen, nicht zuletzt die erschwerte sektorenübergreifende Planung und Versorgung, erleben überwiegend Menschen mit verschiedenen komplexen Bedarfen, insbesondere multimorbide, alte und pflegebedürftige Menschen, um die es hier geht, aber auch Menschen mit Behinderung.

Bis dato entstehen Schnittstellenprobleme in der gesundheitlichen Versorgung vor allem da, wo verschiedene Sozialversicherungsträger ins Spiel kommen und unterschied-

liche Zielsetzungen bei der jeweiligen Behandlung bzw. Betreuung miteinander in Einklang gebracht werden müssen.

Die Themen Reha und Prävention wurden vorhin schon genannt. In Anbetracht des Präventionsgesetzes wird jeder verantwortliche Kassenvorstand nicht die Ausgaben für Prävention erhöhen und dadurch seinen Zusatzbeitrag gefährden bzw. ihn überhaupt erheben zu müssen, sondern er wird an der Reha sparen.

Wir werden erleben, dass wir gute Ideen haben, die sich aber im System sofort wieder anders auswirken werden, weil die Kasse natürlich kein Interesse daran haben kann, ihren Mitgliedern mitzuteilen, dass der Beitrag steigt, weil die Präventionsausgaben erhöht werden, und damit zu riskieren, dass sie zu einer anderen Kasse gehen.

Deshalb gibt es das nicht in der Pflege. Ja, wir haben da richtige Probleme vor uns. Insofern sind gut gemeinte Ansätze manchmal nicht systemisch genug durchdacht.

Ursache ist die vorherrschende Ausgaben- und Risikoorientierung innerhalb des Sozialversicherungssystems. Diese verhindert heute Ausgaben für Präventionsleistungen. Die Präventionsgewinne – wir haben es vorhin gehört, Herr Einwag hat es gesagt – gehen zugunsten der Pflegeversicherung. Wir machen uns Gedanken darüber, anstatt politisch diese Aufgabe zu übertragen und die Präventionsgewinne und die Kosten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung selbst zu regeln und ein inneres Risikoaustauschsystem zu schaffen. Wir lassen es zu, dass das interne Controlling der Kassen dazu führt, dass zwischen Pflege und Reha im Prinzip keine Leistungen so geschaffen werden, dass Pflegeleistungen vermieden werden. Es sind Systemfragen.

Diese Versäulungsfragen werden uns in den nächsten Jahren massiv beschäftigen müssen. Das ist keine landesspezifische Frage, das ist eine bundesspezifische Frage, aber es sind Ihre Vertreter in der ASMK, die dafür Sorge tragen müssen, ob wir Leistungsstrukturgesetze brauchen oder Leistungsgesetze brauchen, wie in der Behindertenhilfe, und wie wir in der Krankenversorgung weiterkommen werden.

Auch das Krankenhaus und seine innere Organisation sind oftmals von ebendieser klassischen Versäulung geprägt und zeigen Kooperations- und Organisationsmängel dahin gehend, dass sich die Versorgung des Patienten an den Strukturen und nicht an den ganzheitlichen Behandlungsprozessen orientiert. Die Führungs- und Steuerungsprozesse im Krankenhaus sind an den Säulen ausgerichtet und fördern keine gemeinsamen Verantwortungsstrukturen.

Die ganzen Zentrenbildungen sind richtige Wege, aber das Controlling und die Steuerung dahinter sind dem eigentlich nicht angepasst, weil die Pflege immer noch in einer eigenen Säule verantwortet wird und wir keine gemeinsamen, richtigen Strukturen entwickelt haben.

Als verstärkende Faktoren wirken sich weiterhin das seit Langem gewachsene Rollenverständnis der Beschäftigten im Gesundheitswesen sowie die Trennung von Medizin, Pflege und Therapie negativ auf den Aufbau einer wirklich guten, integrierten, vernetzten Versorgung aus. Diese ist für die Bewältigung der Herausforderungen der demografischen Entwicklung dringend notwendig, wird jedoch aufgrund der vorherrschenden Gegebenheiten nicht erfolgreich umzusetzen sein.

Als prägnantes und naheliegendes Beispiel für die bestehenden, aus der Versäulung resultierenden Grundprobleme ist sogar der Titel dieser Enquetekommission zu nennen: „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“. Er zeigt eindrucksvoll, dass die Versäulung des Gesundheitswesens auch in den Denkmustern von Gestaltern und Experten existiert. Nicht die Gesundheitsversorgung für Menschen mit Pflegebedarf in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht zu gestalten ist die Frage. Vielmehr machen wir wieder berufsgruppenorientierte Fragestellungen, anstatt die Gesundheitsversorgung auf den Prüfstand zu stellen. Denn das ist die eigentliche Frage, die uns in Zukunft beschäftigen wird und muss. Denn das Geld ist in allen Bereichen drin.

Im Mittelpunkt – das ist heute häufiger angeklungen – muss das Individuum in seiner jeweiligen Lebenssituation unter Berücksichtigung der Grundsätze „Ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ ganzheitlich betrachtet werden. Aber anstelle von nacheinander abzuarbeitenden Prozessketten verschiedener Versorgungsformen müssen interdisziplinäre und sektorenübergreifende Behandlungs- und Betreuungspfade entstehen, die zukünftig nur so die Effizienz gewährleisten, und zwar über die Grenzen hinaus.

Ich will Ihnen ein kurzes Zitat bringen:

*Während die grundlegenden Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem in erster Linie durch Kostenüberlegungen bestimmt werden, entstehen in den USA als Antwort auf den ökonomischen Druck neue Behandlungsmodelle. ... Multimodale Kooperation der Behandler untereinander sowie die konsequente Aktivierung von Ressourcen im primären sozialen Netz sind die Eckpunkte dieses Therapiekonzeptes.*

Das stand im „Deutschen Ärzteblatt“, 94, Heft 6, vom 7. Februar 1997.

Wir haben also kein Erkenntnisproblem, was wir brauchen. Wir diskutieren das an den verschiedensten Stellen. Was haben wir eigentlich für ein Problem? Die Konzepte liegen also vor. Doch allein ein Überleitungsmanagement im Krankenhaus zu implementieren braucht trotz gesetzlicher Vorgaben mehrere Legislaturperioden.

In Australien war für mich die wesentlichste Erkenntnis, dass dort Entlassungsplanung bei der Aufnahme stattfindet. Das war 2001. Wir haben heute hier mehrfach gehört,

dass am Ende der Versorgung die Entlassung steht, haben aber nicht von einer Planung bei der Aufnahme gehört. Vielmehr muss dann wieder geschaut werden, was geht und was nicht. Die Denke ist eine völlig andere.

Was müssen wir eigentlich tun, damit die Umsetzung des gesetzlich Vorgeschriebenen gemacht wird? Die DKI-Studie von 2013 besagt: 76 % der Krankenhäuser haben ein Entlassungsmanagement implementiert, und 80 bis 90 % sind mit der Zusammenarbeit mit nachsorgenden Einrichtungen zufrieden.

Wenn wir die nachsorgenden Einrichtungen fragen, sieht es anders aus. Die sagen nämlich, das funktioniert gar nicht alles so reibungsfrei. Es ist besser geworden, aber reibungsfrei ist es noch in keiner Weise. Wir haben es noch lange nicht evaluiert und nicht geschaut, wie es von der anderen Seite aussieht.

Um situationsgerechte Lösungsvorschläge zu unterbreiten, müssen wir uns um die Gesamtbetrachtung kümmern. Wir müssen schauen, wie wir die Versorgungsform planerisch in der Zukunft gestalten müssen. Dann kann es gelingen, diesem Spannungsfeld zwischen erhöhten, veränderten Bedarfen und mangelnden Ressourcen zukünftig zu begegnen.

Einen Lösungsansatz haben wir heute Morgen für den Bereich der stationären Versorgung gehört. Wenn z. B. die Pflege in der Altenhilfe wohnortunabhängig bezahlt wird – egal, ob Wohngemeinschaft, ob ambulant, ob stationär –, dann haben wir nicht nur die Möglichkeit, das Versorgungssetting sehr einfach zu wechseln, sondern wir könnten endlich Arbeitsplätze für Mitarbeiter bieten, die in der stationären Einrichtung keine 100%-Stelle bekommen, oder wenn sie die bekommen, gäbe es wieder immanent Sechstageswochen und geteilte Dienste. Wir müssen neue Versorgungskonzepte gerade so schaffen, dass Mitarbeitende Arbeitsplätze bekommen, dass sie wieder 100 % arbeiten können. Die reine Forderung danach reicht lange nicht aus. Da müssen wir einfach schauen, was wir tun können.

Bei den Möglichkeiten, die Versorgungsstrukturen zwischen Akutpflege und den nachsorgenden Einrichtungen zu schaffen – das ist mehrfach angeklungen – brauchen wir Neuerungen. Deshalb muss z. B. auch die geriatrische Versorgung deutlich regionaler erfolgen. Die geriatrische Versorgung muss viel stärker zwischen den Versorgern verzahnt werden. Gerade stationäre Pflegeeinrichtungen werden in Zukunft viel mehr medizinische Leistungen erbringen müssen – alleine durch die Strukturen, die sich in der Versorgungslandschaft ergeben werden. Warum können die nicht auch ein medizinisches Leistungsspektrum in der geriatrischen Versorgung mit bedienen? Warum müssen wir das immer so solitär betrachten und sagen: „Das ist wirklich nur ein stationäres Pflegeheim.“ Wir brauchen vernetztere Versorgungskonzepte, mit denen wir wohnortnah anfangen können. Mobile ambulante Reha kann aus einer Einrichtung sein. Dort gibt es Therapeuten, dort gibt es Pflegenden. Wir haben alle diese Konzepte, wir müssen nur aus der Denke SGB V und SGB XI in den Versorgungsstrukturen herauskommen, und das an Praxisbeispielen. Modellmöglichkeiten bestehen genügend. Die sind heute

schon da. Die könnten Sie fördern. Wir brauchen eigentlich keine gesetzlichen Vorgaben, um diese Modelle einfach weiterzuentwickeln. Mein Wunsch an Baden-Württemberg wäre, mutig zu sein, „Musterländle“ zu sein – ich komme aus dem Ruhrpott. Zeigt das, was ihr schon positiv gemacht habt, macht es weiter, und bringt Versorgung weiter mit nach vorn.

Neue Versorgungsangebote für ältere Patienten in der Pflege müssen entwickelt werden. Die Rahmenbedingungen für diese geriatrische Versorgung müssen geschaffen werden. Aber es muss niedrigschwelliger werden. Wir haben heute das Problem, dass die Definition der Rehabilitationsfähigkeit die Rehabilitation von zu Pflegenden in stationären Einrichtungen verhindert.

Es wurden vom MDK, der auf Rehabilitationsfähigkeit begutachten muss, im Jahr 2013 in 0,38 % der Fälle Empfehlungen für Leistungen zur Rehabilitation ausgesprochen. In nur 5 300 von fast einer Million Begutachtungen! Davon sind 2 400 Maßnahmen beantragt worden, und 1 500 sind im Endeffekt genehmigt und umgesetzt worden. Das ist das tolle Beispiel für „Rehabilitation vor Pflege“. Wir kommen keinen Schritt weiter. An diesen Stellen müssen wir arbeiten.

Ich komme noch einmal auf Australien zu sprechen. Interprofessionelle Zusammenarbeit ist Schlüsselfaktor für neue Versorgungsstrategien. Mit Einführung der DRGs aus Australien ist zwar das Abrechnungssystem eingeführt worden, aber von den wesentlichen Steuerungsinstrumenten, die die Australier – dort lief das System seit zehn Jahren, als wir es uns angeschaut haben – eingeführt haben, ist Deutschland heute, zehn Jahre danach, weit entfernt. All das ist nicht geschehen. Es liegt an der Haltung und der Einstellung der Menschen – auch mit am System, aber ganz besonders an der Haltung.

Mich hat besonders gewundert, dass in Australien in diesem System keiner gejamert hat – überhaupt keiner, kein einziger Krankenhausdirektor, keine einzige Pflegekraft. Es ist allen anderen auch so gegangen. Es war eine Herausforderung, die angenommen worden ist. Es sind die Steuerungsinstrumente Case Management, Clinical Pathways und das Aged Care Management als Überleitung zwischen den kommunalen Strukturen und den Krankenhäusern und zurück so geschaffen worden, dass sie gesetzlich verpflichtend sind, dass sie umgesetzt werden müssen. Ich weiß nicht, wer von Ihnen das Yellow Book kennt. Im Yellow Book sind alle Daten aller Krankenhäuser namentlich erwähnt; Qualitätsdaten, Kostendaten sind transparent für jeden. Das ist eine andere Haltung, damit umzugehen, um zur kontinuierlichen Verbesserung zu gelangen. Wenn ich das tue, komme ich zu anderen Fragestellungen. Ein Patient in New South Wales z. B. ist bis zu seiner Entlassung vom Community Team des Krankenhauses betreut worden, um dann eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit wieder in die Sektoren hineinzubringen und damit teilweise auch die Öffnung aus dem Krankenhausbereich zu haben. Es ist regierungsseitig vorgeschrieben, und dort wird entsprechend geschaut.

Wir müssen sehen, dass wir die reibungslose Weiterbehandlung der Patienten gewährleisten können und müssen diese Transparenz unter Qualitäts- und Kostengesichts-

punkten viel stärker schaffen. SAPV ist ein gutes Beispiel, um zu schauen, wie sich Versorgungsstrukturen verbessern können. Aber in Australien war es völlig selbstverständlich, dass sich die Menschen – Medizin, Pflege, Verwaltung – zusammengesetzt haben, nach Ausreißern und Patienten geschaut haben und danach, wo etwas Besonderes war, um neue Konzepte zu erarbeiten. Das wurde gemeinsam erarbeitet. Dafür waren die Strukturen geschaffen. Das war völlig selbstverständlich. Das hat mich einfach fasziniert, weil genau das gemacht wurde, was der Sachverständigenrat schon seit Jahren sagt.

„Schwester AGnES“ haben wir in Deutschland vor langer Zeit entwickelt. Damit sind wir nicht so weitergekommen, um es in die Umsetzung zu bringen.

Mit Blick auf die Menschen, die in diesem Bereich arbeiten, müssen wir die Attraktivität von den Berufen insofern steigern, dass der Skill-Mix, der heute mehrfach betont worden ist, viel stärker berücksichtigt wird.

Die Pflege in Australien hat nicht nur positive Seiten im Sinne der Akademisierung. Neun von zehn Pflegekräften verlassen das Berufsfeld und sind nicht mehr am Bett tätig. Da gibt es auch große Bereiche. Aber z. B. bei den Pflegeberufen, die im Prinzip auf der Assistenzebene tätig sind, europäisch entsprechende Bereiche zu schaffen und Ausbildungen zu schaffen wie den sogenannten Healthcare Assistant – ein Modellberuf derzeit –, wären Möglichkeiten, mit denen wir einsteigen könnten.

Internationale Vergleiche können Ideen liefern, wenn auch nicht alles übertragen werden kann. Wir müssen einfach schauen, was wir für Erkenntnisse haben, wie wir sie mit hineinnehmen können. Ich würde mir wünschen, dass wir genau in diesem Rahmen viel stärker hinschauen, um dann daraus zu lernen, wie sich andere Versorgungsstrukturen an den Versorgungsbedarfen orientieren und nicht darüber hinausgehend gestaltet werden können.

Vielen Dank erst einmal. Den Rest bitte schön mit Ihren Fragen.

(Beifall)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Vielen herzlichen Dank, Herr Friedrich. – Es liegen Wortmeldungen vor. Herr Dr. Rapp, bitte.

**Abg. Dr. Patrick Rapp** CDU: Vielen Dank, Herr Friedrich, für Ihren Vortrag. – Ich habe zunächst nur eine Frage. Sie haben am Beispiel Australien die Entlassungsplanung bereits bei der Aufnahme des Patienten dargestellt. Da würde ich vom Gefühl her sagen, dass das Ganze schon auch einen gewissen ökonomischen Hintergrund bzw. eine ökonomische Ausrichtung hat. Das passt nicht so ganz zu den anderen Darstellungen. Meine Frage: Inwieweit können Sie sich vorstellen, für so einen Bereich die sozialen

Dienste einzusetzen, die ja in den Kliniken vorhanden sind? Ist das eine mögliche Lösung, um dieses erste Hindernis zu nehmen?

**Abg. Bärbl Mielich** GRÜNE: Herr Friedrich, wenn Sie sagen, dass die Australier so zufrieden gewesen sind mit der Einführung der DRGs, wenngleich das eben auch – das empfand ich als wichtigen Hinweis – nur eine Ebene von ganz vielen gewesen ist: Warum hat sich dann Australien von dem System wieder verabschiedet? Das wundert mich dann doch etwas.

Zweitens: Sie sprechen immer wieder die Schnittstellenproblematik SGB V und SGB XI an und sagen, dass Baden-Württemberg da vorangehen soll. Wie sollen wir das machen?

**Abg. Jochen Haußmann** FDP/DVP: Vielen Dank, Herr Friedrich. – Sie haben das sehr eindrucksvoll am Beispiel Australien geschildert. Sie haben aber auch gesagt, dass neun von zehn, die dort im Pflegeberuf sind, wieder herausgehen. Dann müsste, wie es Frau Gölz eindrucksvoll mit Zahlen beschrieben hat, dort ja eine ähnliche Problematik sein. In diese Richtung geht meine Frage.

Gibt es noch andere Länder, die wir vielleicht für weitere Vergleiche heranziehen sollten, wo man gute Erfahrungen gemacht hat – denn das wäre auch ein Thema unserer Enquetekommission –, wo man, wie Sie beschrieben haben, eine integrierte Versorgung aufbaut, indem man das vom Patienten aus betrachtet? Gibt es da noch andere Regionen, von denen Sie sagen, dass diese auch für uns ein Beispiel sein könnten? Sie haben ein paar Punkte angesprochen, die wir schon in Gang gebracht haben, beispielsweise das Geriatriekonzept. Gibt es da noch weitere Formen?

Was mich natürlich interessiert, wenn dort alle so mitziehen: Haben sie insgesamt das DRG-System dort so gestaltet, dass tatsächlich die wirtschaftliche Thematik besser abgebildet wird, als das bei uns der Fall ist?

**Sv. Herr Friedrich:** Vielen Dank. – Ich gehe zunächst auf die Fragen von Herrn Rapp ein, auf die Frage der Entlassungsplanung. Natürlich sind es auch ökonomische Themen, die den Druck aufgebaut haben. Aber es wird z. B. sehr stark geschaut, ob der Patient danach ein Versorgungssystem hat. Da wird am Anfang ganz normal geschaut. Es wird auch sofort geschaut, ob das Community-Team eingebunden werden muss. Das geschieht schon bei der Aufnahme des Patienten: Wird er unter Umständen nach einer Operation Hilfsmöglichkeiten brauchen, und wie könnten die gestaltet werden? Die werden sofort von Anfang an angeleiert, und damit funktioniert die Entlassungsplanung auch besser. Es gibt sogenannte Patient Pathways. Das heißt, der Patient bekommt vor Aufnahme einen klinischen Pfad, was am ersten, zweiten, dritten, vierten Tag mit ihm passieren wird. Es ist eine andere Planbarkeit gegeben; dort haben wir Schwierigkeiten, das entsprechend umzusetzen.

Natürlich ist da nicht alles Gold, was glänzt – überhaupt nicht. Das Thema „Akademisierung der Pflege“ wurde uns sehr deutlich gemacht, auch das Thema Bürokratie. An ganz vielen Stellen ist die EDV-Systematik bei Weitem nicht so ausgeprägt gewesen wie hier, sodass man ganz viel manuelle Arbeit hatte. Die Codierung der DRG-Leistungen ist katastrophal gewesen. Dort gab es Coder, die nichts anderes gemacht haben, als die Patientenakten durchzuschauen und das Abrechnungssystem zu bedienen.

Aber die Patientenversorgung ist in einem völlig anderen Blickwinkel gewesen, indem man am Anfang geschaut hat: „Was müssen wir tun, um eine bestmögliche Versorgung hinzubekommen?“ Daraufhin sind z. B. Case Management bzw. die Clinical Pathways entwickelt worden. Natürlich sind das ökonomische Steuerungen gewesen, um mit dem Geld zurechtzukommen. Aber die Prozesse sind anders angeschaut worden. Das ist der wesentliche Part gewesen.

Case Management wird bei den Patienten gemacht, bei denen es geht. Ein Pathway war z. B.: Für Menschen mit Apoplex gab es Krankenhäuser, die zumindest einen klinischen Pfad entwickelt und geschaut haben, ob sie den Patienten darüber besser steuern können, um ihm besser gerecht zu werden, ob es Abweichungen gibt und was getan werden muss. Sie haben dann festgestellt, dass das nicht richtig funktioniert und haben das eher ins Case Management überführt. Sie haben natürlich geschaut, wie sich das auf die Verweildauer auswirkt, aber auch, wie die Anschlussbehandlung aussieht. Das ist der große Unterschied.

Zur Frage, wer das macht: Es sind teilweise Teams gewesen, sodass der Sozialdienst ein Teil davon sein kann. Aber auch pflegerische – Stichwort „Brückenschwester“ – das ist eine gute Möglichkeit. Es muss ein Team dahinter sein. Es muss sich auch als Team verstehen, weil es genauso wichtig ist, den Übergang in den ärztlichen Bereich zu schaffen. Stichwort Medikamentenversorgung. Wie häufig gibt es Brüche innerhalb der Systematik, die, weil das Team nicht entsprechend arbeitet und weil es nicht gebildet worden ist, zu Schwierigkeiten führen.

Wenn ich das Thema Pflegestellenförderungsprogramm noch mit einfließen lassen darf: Es kommen mehr demente Menschen, viel mehr Menschen mit Multimorbidität. Was brauchen wir denn? Brauchen wir Krankenschwestern, brauchen wir Assistenzsysteme, die dahinter eine Rolle spielen? Wir müssen uns das genau anschauen, damit wir den richtigen Weg gehen.

In § 87 b SGB XI – stationäre Pflege – hat man das gemacht. Es kommen Ergänzungen hinein, unabhängig vom heutigen Patientenschlüssel. Da werden aber auch andere Aufgaben übernommen als die klassische Pflege. Da ist kein Pflegestellenförderungsprogramm für mehr Pflege gemacht worden, sondern nach den richtigen Unterstützungssystemen geschaut worden.



Australien hat sich nach 20 Jahren vom DRG-System verabschiedet. Die werden noch einmal schauen. Da sind nämlich viele ökonomische Effekte bis zu einem Deckeneffekt gekommen. Man muss schauen, wie das nächste System aussieht. Australien hat 60 % seiner Leistungen über das DRG-System finanziert, nicht 100 %, keine Notfallversorgung, keine Ausbildung. Deutschland macht wieder 100 %. Das ist rein eine Frage der Kassen gewesen, die Angst hatten, dass ihnen die Kosten wegläufen würden. Das war keine Sachlogik, die dahintersteckte.

Die kritischen Bereiche, in denen Australien anders geschaut hat, was getan werden muss – – Australien hat ein anderes Steuerungssystem. Es ist regierungsseitig anders gesteuert, mit Transparenzen. Da gab es Programme und Verpflichtungen, die in Benchmarks gemessen worden sind. Ein Patient, der ins Krankenhaus kommt, muss nach vier Stunden auf der Station sein. Punkt. Da gab es ein bundesweites Ambulanzprogramm: Wie müssen wir unsere Prozesse organisieren, damit der Patient nach vier Stunden in dem Bereich ist, wo er versorgt wird? Da passieren plötzlich ganz andere Prozesse, an denen gemeinsam gearbeitet wird. Denn es geht nicht, dass der Mediziner das alleine macht. Da muss die richtige Person an dieser Stelle sein.

Ich sage einfach nur: Hinschauen. Es gibt ganz viele Erfahrungswerte mit dem DRG-System, die wir nicht mitgenommen haben, die wir sinnvollerweise hätten mitnehmen müssen, die in Deutschland an der Berufsgruppenorientierung im Krankenhaus und an der Versäulung scheitern.

Wir reden hier über Pflege. Pflege engagiert sich wahnsinnig im Krankenhaus – bis zur Aufgabe.

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Ja!)

Damit stabilisiert sie das System, das da ist. Punkt. Pflege ist eigentlich schuld daran, dass sich das Krankenhaus nicht verändert. Es wird mit persönlichem Einsatz alles, was an Fehlorganisation da ist, kompensiert, und damit muss sich das System nicht verändern. Man muss sich das von der Systematik her anschauen. Es ist systemstabilisierend.

In dieser Richtung könnte sich viel mehr verändern. Aber warum denn? Dafür wollen sie doch geliebt werden. Nein, systemtheoretisch geht das gar nicht. Da müssen wir hinschauen. Die Frage ist: Wie kann man das politisch steuern? Das ist eigentlich Selbstverantwortung eines Betriebs. Der muss sich selbst steuern. Wenn Porsche so arbeiten würde – – Porsche ist erfolgreich geworden, weil sie ihre Hierarchien aufgelöst haben,

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Ja!)

sich am Endprodukt orientiert haben und sich gefragt haben: „Warum geht das?“ Nur deshalb ist Porsche erfolgreich geworden. Wir haben 1992 Porsche mit beraten – die

waren an dieser Stelle am Ende – zu einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess, wir haben die Kaizen-Denke mit hineingebracht: „Was musst du tun, um ein Problem zu lösen?“ Das ist eine Haltung, die uns in Deutschland schwerer fällt. Aber wir müssen andere Wege gehen. Wir müssen schauen, wie wir das politisch betrachtet nach vorn bringen können. Dahinter liegen nicht nur Gesetzesthematiken. Man muss zeigen, dass es geht.

Zur Frage nach SGB V und SGB XI, Frau Mielich: Integrierte Versorgung bietet die Möglichkeiten. Integrierte Versorgungskonzepte müssen wir anschauen. Wir haben 2003 die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung mit ins Leben gerufen. Wir haben aber gemerkt, dass Pflegeorganisationen damals überhaupt noch nicht in der Lage waren, das Management in solchen Fragestellungen so professionell mit zu übernehmen, wie es z. B. ein Krankenhausbereich macht. Das war eine Frage, die noch nicht ging. Wir müssen heute da erneut hinschauen: Wo bieten wir bestimmte Möglichkeiten? Die integrierte Versorgung wäre, auch wenn wir diese machen würden, in der bestehenden Struktur mit der Vielzahl von Verträgen irgendwann nicht mehr durchschaubar. Das System bietet zwar Möglichkeiten, kann aber nie, wenn man das Gesamte denken würde, als Gesamtabrechnungssystem laufen. Es sind Versuche, das erst einmal nach vorn zu bringen.

Zum Vergleich mit anderen Ländern: Es hängt von der Fragestellung ab. Das große Problem ist: Wir müssen die Finanzierungsstrukturen in Deutschland anschauen, und wir werden kein Land finden, bei dem wir einfach sagen können: „Ja, das geht.“ Es gibt in Finnland bestimmte Beispiele. Es gibt in Norwegen, in Schweden Beispiele. Eines kann man sagen: In Ländern, die eine andere Kooperationskultur geschaffen haben, funktioniert das Zusammenarbeiten besser. Wir haben Modellprojekte gemacht, wir haben ein Projekt „demogAP“ – demografiegerechte Arbeitsplätze – gemacht, und wir haben Mitarbeitende in der Pflege befähigt, in Kooperation ihre Probleme selbst zu lösen. Ich selbst war sehr berührt davon, weil drei der Pflegedienstleitungen zu mir kamen und sagten: „Ich habe wieder Spaß an der Arbeit bekommen.“ Sie haben plötzlich gemeinsam mit anderen Berufsgruppen etwas umgesetzt. Sie haben die Möglichkeit dazu bekommen, und es funktionierte. Sie haben wieder Spaß an der Arbeit bekommen.

Ich sehe das als eine schwierige Arbeit an. An dieser Stelle gibt es Möglichkeiten, die aber unternehmerisch gesetzt werden müssen. Auch das Pflegestellenförderprogramm ist etwas, was in dem Rahmen erst einmal auch wieder Situationen zudeckt. Ich bin da sehr kritisch, weil ich glaube, dass wir eine Menge Potenzial haben. Wir haben auch genug Geld im Gesamtsystem. Aber: Was ist der richtige Weg dahin?

Waren die Fragen so weit beantwortet?

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Okay!)

**Vorsitzender Helmut Walter Rüeck:** Frau Mielich schaut glücklich. Von daher gehe ich davon aus, dass ihre Frage beantwortet ist.

Gibt es weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall. – Dann darf ich Ihnen, Herr Friedrich, sehr herzlich danken.

Gibt es noch Fragen, die sich während der Anhörung ergeben haben, an die drei anderen Sachverständigen? – Das scheint auch nicht der Fall zu sein.

Dann darf ich mich bei Ihnen, den vier Sachverständigen, sehr herzlich dafür bedanken, dass Sie gekommen sind, dass Sie vor allem auch Ihr Wissen mit uns geteilt haben, dass Sie geduldig und sehr kompetent auf die Fragen, auch auf bohrende Fragen geantwortet haben. Auch hierfür einen sehr herzlichen Dank. Wir sind dann am Ende der heutigen Anhörung.

Die nächste Anhörung, die Anhörung zum Thema „Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“ – am Vormittag –, und die Anhörung zum Thema „Quartiersentwicklung, neue Wohnformen, Wohnumfeld und Sozialraum“ – am Nachmittag – finden am 20. März 2015 statt. Ich darf die interessierte Öffentlichkeit sehr herzlich dazu einladen.

Ich bedanke mich bei Ihnen dafür, dass Sie gekommen sind. Ich wünsche einen guten Nachhauseweg.

Die Mitglieder der Enquetekommission treffen sich um 16:20 Uhr am vereinbarten Ort – Königstraße 9, Raum 433 – zur Weiterführung, zur nicht öffentlichen Sitzung der Enquetekommission „Pflege“.

Vielen herzlichen Dank allen, die an diesem Nachmittag mitgewirkt haben.

(Beifall – Schluss des öffentlichen Teils: 15:58 Uhr)

– folgt nicht öffentlicher Teil –

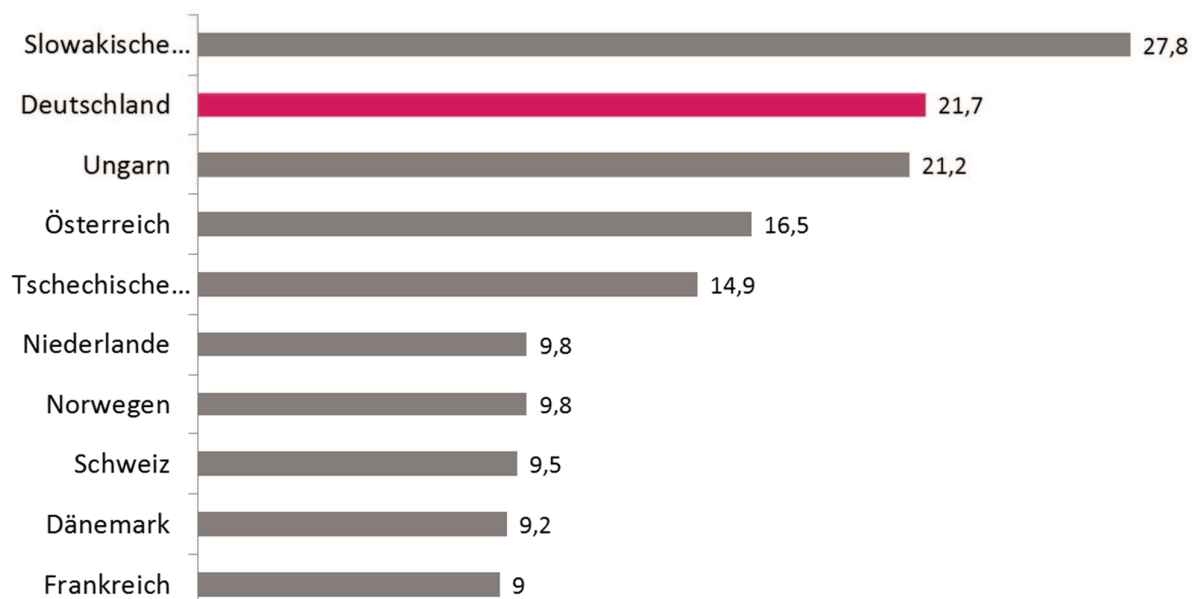
(gesondertes Protokoll)

## Akutpflege/-versorgung

Öffentliche Anhörung der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“ am 27.02.2015, Stuttgart

© BWKG

## Patientenentlassungen je Krankenhausmitarbeiter 2010 auf Basis Vollzeitkräfte



Quelle: OECD Health Data 2012

© BWKG

# Personalbelastungskennzahl je Vollkraft

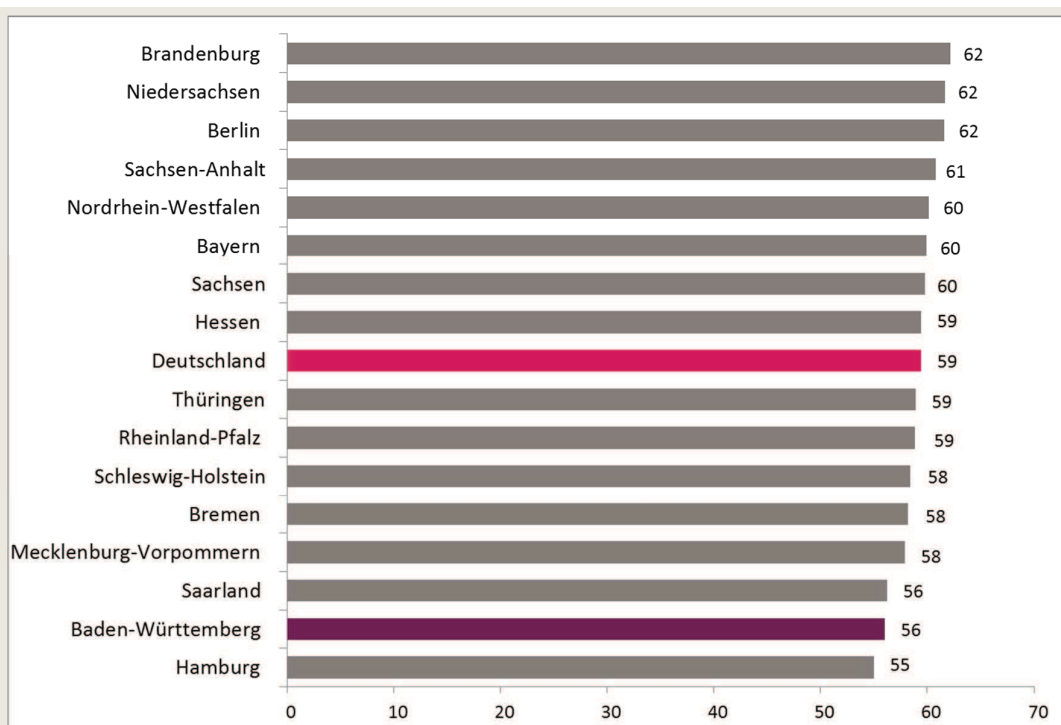
## ■ Im Berichtsjahr zu versorgende Fälle

Jahr	ärztlicher Dienst		Pflegedienst	
	Deutschland	Bad.-Württ.	Deutschland	Bad.-Württ.
2004	143	130	54	51
2005	139	127	56	53
2006	136	124	56	53
2007	136	123	58	55
2008	137	123	58	55
2009	136	121	59	55
2010	134	118	59	55
2011	132	117	59	55
2012	130	117	59	56
2013	128	114	59	56

(ab 2009 Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung) – Quelle: Statistisches Bundesamt

© BWKG

# Personalbelastungskennzahl in der Pflege Fälle je Vollkraft im Pflegedienst (2013)



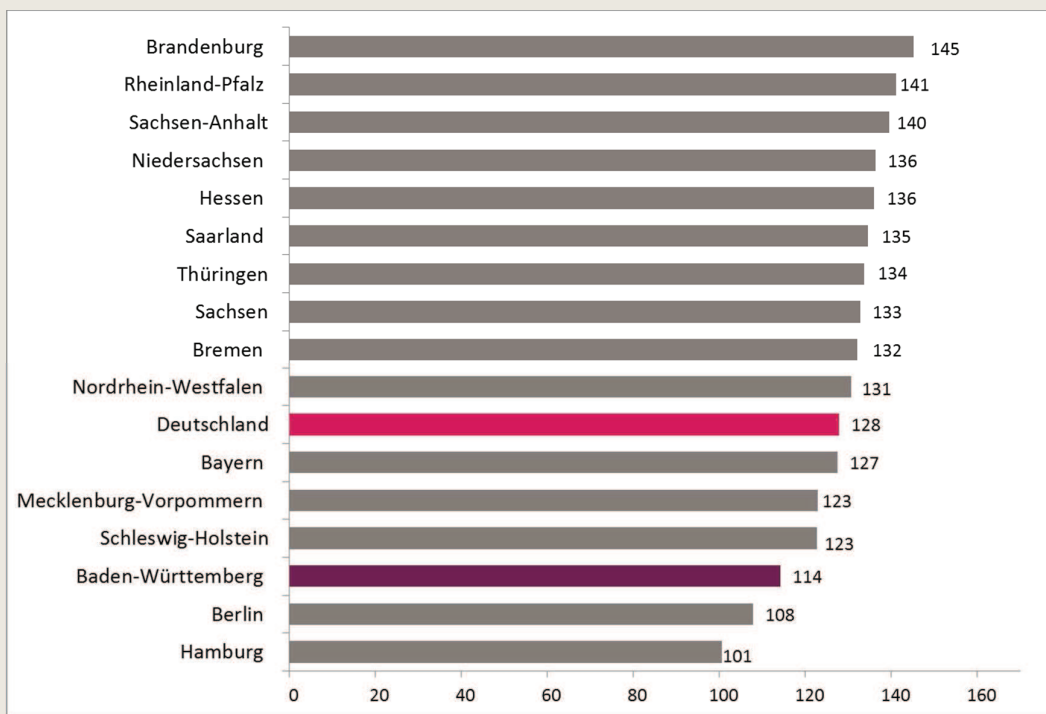
(Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung) – Quelle: Statistisches Bundesamt

© BWKG

# Personalbelastungskennzahl im ärztlichen Dienst Fälle je Vollkraft im ärztlichen Dienst (2013)

**BWKG**

— Krankenhaus  
— Reha  
— Pflege



(Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung) – Quelle: Statistisches Bundesamt

© BWKG

Öffentliche Anhörung der  
Enquetekommission  
„Pflege in Baden-Württemberg  
zukunftsorientiert und generationengerecht  
gestalten“  
**Thema: Akutpflege/ -versorgung**

Prof. Dr. Renate Stemmer  
Katholische Hochschule Mainz

27. Februar 2015

## Zur Person

- ▶ Professur für Pflegewissenschaft und Pflegemanagement an der Kath. Hochschule Mainz
- ▶ Dekanin im Fachbereich Gesundheit und Pflege (ca. 700 Studierende)
- ▶ Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)
- ▶ Forschungsprojekte zur Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz
- ▶ Forschungsprojekte zu Versorgungsstrukturen im Krankenhaus
- ▶ Gutachten zur Qualitätsmessung in der Pflege

# Übersicht

---

- ▶ Bewertung der aktuellen Versorgungssituation im Krankenhausbereich
  - ▶ Weiterentwicklung der stationären Krankenhausversorgung
  - ▶ Verbesserung der Versorgungssituation von älteren Menschen nach dem Krankenhausaufenthalt
  - ▶ Rahmenbedingungen der Krankenhäuser
- 

## Bewertung der aktuellen Versorgungssituation im Krankenhausbereich (1)

---

- ▶ Massiver Stellenabbau im Pflegedienst in allgemeinen Krankenhäusern
    - ▶ 1996 – 2007 (ca. 47.600)
  - ▶ Zunahme von PatientInnen mit hohem Pflegebedarf
  - ▶ Reduktion der Verweildauer
  - ▶ = steigende Arbeitsbelastung der Pflegenden
  - ▶ Der Altersdurchschnitt der Pflegenden steigt
  - ▶ Über 50% Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse der Pflegenden (Simon, 2014)
-



## Bewertung der aktuellen Versorgungssituation im Krankenhausbereich (2)

- ▶ **Zusammenhang Personalausstattung :**  
**Versorgungsqualität** ist international gut belegt
- ▶ **Aktueller Quotient Pflege : Patient = 1 : 10**
  - ▶ erschwert die fachgerechte körpernahe Pflege von Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf
  - ▶ erschwert die fachgerechte psychosoziale Betreuung
  - ▶ erschwert Schulung und Beratung

## Bewertung der aktuellen Versorgungssituation im Krankenhausbereich (3)

- ▶ **Pflegestellenförderprogramm**
  - ▶ Stärkung der allgemeinen Pflege – zu begrüßen
  - ▶ Umfang kaum auszureichend
  - ▶ Herausforderung: Nachhaltigkeit
- ▶ **Beispiel: Pflegeförderprogramm 2009-2011**
  - ▶ Abbau der Pflegepersonalstellen mit Abschluss des Förderprogramms

## Weiterentwicklung der stationären Krankenhausversorgung (1)

---

### Mehr Selbstständigkeit und Verantwortung

- ▶ Verselbstständigung und Eigenverantwortung des professionellen Handelns in den Pflegeberufen in Indikationsstellung/ Diagnostik, Planung, Durchführung und Evaluation
  - ▶ Erbringung von Gesundheitsleistungen in interberuflichen und gleichrangigen Teams (SVR, 2007)
- 

## Weiterentwicklung der stationären Krankenhausversorgung (2)

---

- ▶ **Neue Aufgabenverteilung** kann Prozessorientierung verbessern
    - ▶ z.B. Übertragung von Wundmanagement, Schmerzmanagement, Symptommanagement auf Pflegende
  - ▶ Budget muss der Aufgabenverteilung folgen
-

### ▶ **Bedarfsgerechte Angebote**

- ▶ z.B. für ältere Patienten (ca. 50% aller Pat > 60 J.)
- ▶ z.B. für Menschen mit Demenz (ca. 23 %)

### ▶ **Bedarfsgerechte Qualifikationen**

- ▶ Skill Mix (Bachelor-/MasterabsolventInnen, 3jährig examinierte Pflegende; PflegeassistentInnen)
- 



## Kompetenzen von BA-Absolvent/innen

---

### **Erweitertes und vertieftes Verständnis**

- ▶ für die Planung, Durchführung und Evaluation evidenzbasierter, qualitätssichernder Interventionen
  - ▶ für ethische Entscheidungsfindung
  - ▶ für die Übernahme von Verantwortung für professionelles Handeln
  - ▶ dafür, was es heißt, initiativ, eigenständig und im Team zu arbeiten
  - ▶ für die Reflexion der eigenen Möglichkeiten und Grenzen
- 



## Verbesserung der Versorgungssituation von älteren Menschen nach dem Krankenhausaufenthalt (1)

- ▶ **Vor, während und nach dem Krankenhausaufenthalt:**
  - ▶ Begleitung durch Community Health Nurses
- ▶ **Während des Krankenhausaufenthaltes:**
  - ▶ Bedarfsgerechte Versorgungsangebote
  - ▶ Schulung und Beratung der Patientin/des Patienten und seiner Angehörigen
  - ▶ Vorbereitung und Planung der Entlassung mit Beginn des Krankenhausaufenthaltes
- ▶ **Nach dem Krankenhausaufenthalt abgestufte Weiterbetreuung**
  - ▶ Telefonkontakte
  - ▶ Befristete auch stationäre Pflege mit Training für die Wiedererlangung der Selbstständigkeit

## Verbesserung der Versorgungssituation von älteren Menschen nach dem Krankenhausaufenthalt (2)

- ▶ **Prävention und Gesundheitsförderung**
  - ▶ in jedem Lebensalter und allen Lebensbereichen (Entwurf Präventionsgesetz 2014)
- ▶ Ausbau geriatrischer stationärer Rehabilitation
- ▶ Ausbau geriatrischer ambulanter Rehabilitation

## Rahmenbedingungen der Krankenhäuser (1)

---

- ▶ **Sicherstellung der flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung**
  - ▶ Gesundheitszentren
    - Verlaufskontrolle, Therapieanpassung und Beratung zur Integration von krankheitsbedingten Einschränkungen und Therapieauswirkungen durch qualifizierte Pflegende
  - ▶ Tandem-Praxen
    - kooperative Zusammenarbeit von Medizin und Pflege
  - ▶ Walk-In-Kliniken
- ▶ **Abbildung von Pflegebedarf im DRG-System**
  - ▶ Anforderungen an die Strukturqualität als Voraussetzung für die Kodierung einzelner OPS-Kodes (Simon, 2014) prüfen



## Rahmenbedingungen der Krankenhäuser (2)

---

- ▶ **Dem Fachkräftemangel in der Pflege begegnen**
  - ▶ Durch Verbesserung der Arbeitsbedingungen (u.a. Arbeitslast senken; Wertschätzung vermitteln)
  - ▶ Durch lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle
  - ▶ Durch strukturelle Stärkung des Pflegeberufes (z.B. Pflegekammer)
  - ▶ Durch Akademisierung der Pflegebildung



## Zur Akademisierung der Gesundheitsberufe

---

*„Die Gesundheitswelt der Zukunft denken heißt, die Bildungsstrategien für Gesundheitsfachleute überdenken.“*

*„Hochqualifiziertes Personal ist die Schlüsselressource des Gesundheitssektors.“*

Beatt Sottas, Ilona Kickbusch 2011

**Vielen Dank !**