

15. LANDTAG VON BADEN-WÜRTTEMBERG

Enquetekommission

„Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

Öffentlicher Teil

8. Sitzung

Freitag, 20. März 2015, 10:00 Uhr

Stuttgart, Plenarsaal

(Kunstgebäude)

Beginn: 10:02 Uhr (Mittagspause: 12:39 bis 13:30 Uhr) Schluss: 15:58 Uhr

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

Teil I – öffentlich

- Anhörung: „Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege“ S. 1

Teil II – öffentlich

- Anhörung: „Quartiersentwicklung, neue Wohnformen, Wohnumfeld und Sozialraum“ S. 46

Teil III – nicht öffentlich

- Allgemeiner Beratungsstoff (Punkte 1 bis 6).....(gesondertes Protokoll)



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

Öffentliche Anhörung
am Freitag, 20. März 2015, 10:00 Uhr,
Plenarsaal (Kunstgebäude)
„Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“

Ablaufplan

Stand: 25.02.2015

Uhrzeit	Referent/in	Funktion/Institution
10:00	Helmut W. Rüeck	Vorsitzender der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“
10:10 bis 10:25	Monsignore Bernhard Appel	Diözesan-Caritasdirektor, Vorstandsvorsitzender des Caritasverbands für die Erzdiözese Freiburg
20 Minuten Fragerunde		
10:45 bis 11:00	Waltraud Kannen	Geschäftsführerin Sozialstation Südlicher Breisgau e. V.
20 Minuten Fragerunde		
11:20 bis 11:35	Eva-Maria Armbruster	Vorstandsvorsitzende der Liga der freien Wohlfahrts- pflege in Baden-Württemberg e.V. stellvertretende Vorstandsvorsitzende Diakonisches Werk Württemberg
20 Minuten Fragerunde		
11:55 bis 12:10	Susanne Pletowski	Inhaberin der Susanne Pletowski PflegeService (SPPS) GmbH, Karlsruhe
20 Minuten Fragerunde		
12:30	Allgemeine Fragerunde	
12:45 Abschluss		



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

Öffentliche Anhörung
am Freitag, 20. März 2015, 13:30 Uhr,
Plenarsaal (Kunstgebäude)
„Quartiersentwicklung, neue Wohnformen, Wohnumfeld und Sozialraum“

Ablaufplan

Stand: 25.02.2015

Uhrzeit	Referent/in	Funktion/Institution
13:30	Helmut W. Rüeck	Vorsitzender der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“
13:40 bis 14:55	Frank Wößner	Pfarrer, Vorstandsvorsitzender Samariterstiftung
20 Minuten Fragerunde		
14:15 bis 14:30	Ursula Kremer-Preiß	Kuratorium Deutsche Altershilfe Leiterin des Bereichs Wohnen und Quartier
20 Minuten Fragerunde		
14:50 bis 15:05	Hermann Genz	Stadt Mannheim, Leiter des Fachbereichs Arbeit und Soziales
20 Minuten Fragerunde		
15:25 bis 15:40	Isabel Fezer	Bürgermeisterin Landeshauptstadt Stuttgart, Referat Soziales, Jugend und Gesundheit
20 Minuten Fragerunde		
16:00	Allgemeine Fragerunde	
16:15 Abschluss		

(Beginn des öffentlichen Teils: 10:02 Uhr)

Teil I – öffentlich

Anhörung: „Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege“

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich darf Sie sehr herzlich zur öffentlichen Anhörung der Enquetekommission „Pflege“ am heutigen Vormittag begrüßen. Heute ist ein ganz bedeutender Tag: Die Enquetekommission macht zwei Anhörungen und eine nicht öffentliche Sitzung, um 10:37 Uhr ist Sonnenfinsternis, außerdem ist Equal Pay Day, Tag des Glücks, Frühlingsanfang und vermutlich der letzte schöne Tag vor dem Wochenende. Ich wurde gebeten, jedes einzelnen dieser Ereignisse zu gedenken; das ist hiermit geschehen. Ich freue mich, dass Sie heute alle gekommen sind. Ich begrüße die Mitglieder der Enquetekommission, unsere Sachverständigen und natürlich auch unsere Gäste.

Der Vormittag gehört dem Thema „Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege“. Ich wurde bei den letzten Anhörungen gefragt: „Was bedeutet eigentlich ‚Anhörung‘?“ „Anhörung“ bedeutet: Die Mitglieder der Enquetekommission holen sich externen Sachverstand zu bestimmten Themen. Wir hören die Meinung der Experten an. Die Abgeordneten haben die Möglichkeit, Verständnisfragen zu stellen. Eine politische Diskussion und weitere Fragen finden nicht statt; das folgt dann im weiteren Verfahren. Des Weiteren wird am 24. Juli eine besondere Anhörung stattfinden, in der die Verbände zu Wort kommen.

Ich habe das Thema eingangs genannt: „Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege“. Dazu haben wir den vier Expertinnen und Experten Fragen gestellt, die die Mitglieder der Enquetekommission, insgesamt die Enquetekommission besonders interessieren. Wir bitten, auf diese Fragen einzugehen. Der erste Bereich ist die Versorgungssituation der ambulanten Pflegedienste und der häuslichen Krankenpflege in Baden-Württemberg, das heißt u. a. Beratung, fachliche Begleitung von Pflegearrangements, ambulante Palliativversorgung. Der zweite Punkt betrifft Qualifikationsanforderungen und die Zusammensetzung von mobilen Pflegeteams, betreffend auch Fachkräfte und Assistenzberufe. Auf ganz besonderes Interesse stößt bei uns natürlich das Thema „Kosten und Kostenerstattung“: Kostensätze für Pflegedienste, Abrechnung ambulanter häuslicher Pflegeleistungen, persönliches Budget. Weitere Punkte sind die Zusammenarbeit und Vernetzung, die Arbeitsteilung in der Pflege, ärztliche Versorgung, Einbeziehung von Freiwilligen, Ehrenamtlichen und Angehörigen sowie Nachbarschaften.

Dazu haben wir drei Expertinnen und einen Experten eingeladen; es ist heute also mehr als durchgegendert. Ich stelle sie in der Reihenfolge, in der sie nachher berichten werden, vor. Ich begrüße ganz herzlich Monsignore Bernhard Appel; er ist Diözesan-Caritasdirektor und auch Vorstandsvorsitzender des Caritasverbands für die Erzdiözese Freiburg. Ich darf des Weiteren Frau Waltraud Kannen begrüßen; sie ist Geschäftsfüh-

rerin der Sozialstation Südlicher Breisgau e. V. Ich darf Frau Eva-Maria Armbruster begrüßen; sie ist Vorstandsvorsitzende der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg und in der Haupttätigkeit stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Diakonischen Werks Württemberg; in dieser letzteren Funktion wird sie heute zu uns sprechen. Last, but not least begrüße ich Frau Susanne Pletowski; sie ist Inhaberin der Susanne Pletowski PflegeService – SPPS – GmbH in Karlsruhe.

Ich darf für die Experten noch einen kurzen technischen Hinweis geben: Wir haben Ihnen eine Vortragsdauer von 15 Minuten zum Ziel gesetzt; eine 20-minütige Fragerunde wird sich anschließen. Ich würde Sie bitten, dann gleich am Mikrophon, am Rednerpult zu bleiben. Meine Aufgabe ist es u. a., auf die exakte Einhaltung der Redezeiten zu achten. Ich werde etwa eine Minute, bevor die Redezeit endet, Ihnen ein kurzes visuelles Signal geben. Außerdem läuft bei Ihnen auf der rechten Seite des Rednerpults die Zeit genauso mit wie bei mir. Ich darf die Fragestellerinnen und Fragesteller auch herzlich bitten, kurze Fragen zu stellen; das ermöglicht den Experten ganz, ganz lange Antworten.

Ich darf als Erstes Herrn Monsignore Bernhard Appel ans Rednerpult und ans Mikrophon bitten.

Sv. Herr Monsignore Appel: Sehr geehrter Herr Vorsitzender Rüeck, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete der Enquetekommission, sehr geehrte Damen und Herren Kolleginnen und Kollegen, Mitstreiterinnen und Mitstreiter, sehr geehrte Damen und Herren! Ich wünsche Ihnen allen einen guten Morgen. Ich denke, dieser Tag müsste eigentlich Sonntag heißen, nachdem wir heute die Sonnenfinsternis haben, aber wir sind an einem Freitag zusammengekommen, an einem ganz normalen Arbeitstag.

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

Ich beginne, da ich zum Thema „Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege“ als Erster zu Ihnen spreche, mit wenigen grundlegenden Zahlen und Fakten zur Versorgungssituation in der ambulanten Pflege. Aussagen zur demografischen Entwicklung sind hinreichend bekannt. Ich richte meinen Blick allein auf die Zahl der Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich.

Meiner ersten Folie können Sie entnehmen, dass sich nach einer Prognose aus dem Jahr 2007 nach der Untersuchung des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg die Zahl der ambulant Pflegebedürftigen von heute etwa 60 000 bis zum Jahr 2031 – also bis in ca. 15 Jahren – auf über 75 000 Personen erhöhen wird. Deshalb lautet meine erste Grundaussage: Der Ausbau der ambulanten Pflegedienste muss weiter vorangetrieben werden.

Meine zweite Folie zeigt, dass von den im Jahr 2013 knapp 300 000 Pflegebedürftigen etwa ein Drittel vollstationär und zwei Drittel zu Hause versorgt wurden, von letzteren

wiederum etwa ein Drittel – nämlich 63 331 Personen – von 1 140 ambulanten Pflegediensten; diese Dienste beschäftigten knapp 32 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die ambulante Pflege ist in Baden-Württemberg historisch durch die kirchlichen Diakonie- und Sozialstationen geprägt, die in der Nachfolge von Diakonissen- und Schwesternstationen seit nunmehr etwa 40 Jahren ein flächendeckendes Netz der ambulanten häuslichen Krankenversorgung bilden und damit älteren pflegebedürftigen Menschen einen längeren Verbleib zu Hause ermöglichen. Der dritten Folie können Sie entnehmen, dass 67 % der pflegebedürftigen Personen von Pflegediensten von Trägern der freien Wohlfahrtspflege betreut werden, 29 % durch Dienste privater Träger und 4 % durch Dienste öffentlicher – in der Regel kommunaler – Träger. Mehr als die Hälfte – 56 % – der Menschen, die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst eines freigemeinnützigen Trägers in Anspruch nehmen, wählen einen kirchlichen Pflegedienst von Diakonie – 32 % von allen – und Caritas – 24 % von allen. Das ist nicht verwunderlich, denn immerhin sind etwa 70 % der Bevölkerung Baden-Württembergs Mitglieder christlicher Kirchen. Gerade im ländlichen Raum sind die kirchlichen Sozialstationen die wesentliche Säule in der ambulanten Versorgung. So versorgen in Regionen wie z. B. im Hochschwarzwald, im Hotzenwald und im Odenwald, ambulante kirchliche Dienste 80 % und mehr der Pflegebedürftigen.

Also: 56 % der Versorgung durch über 400 kirchliche Dienste. Von den restlichen Diensten aus dem Bereich der freien Träger sind 4 % dem Paritätischen Wohlfahrtsverband, jeweils 2 % dem Roten Kreuz und der AWO und 3 % sonstigen gemeinnützigen Trägern zuzurechnen.

Um ein Überleben der Sozialstationen zu sichern, bedarf es veränderter Rahmenbedingungen, insbesondere einer verlässlichen Finanzierung durch die Krankenkassen für den Bereich des SGB V und durch die Pflegekassen für den Bereich des SGB XI. Tarifbedingte Kostensteigerungen der ambulanten Pflegedienste müssen voll refinanziert werden. Tarifliche Bezahlung muss auch im Bereich der Krankenkassen im SGB V, wie bereits im Bereich der Pflegekassen im SGB XI durch das Pflegestärkungsgesetz geschehen, als wirtschaftliche Betriebsführung anerkannt werden.

Um dieses Ziel zu erreichen, haben die Sozialstationen von Caritas und Diakonie in Baden und dann in ganz Baden-Württemberg die Kampagne „Die häusliche Pflege hat Wert!“ gegründet und eine Petition in den Deutschen Bundestag eingebracht, die am kommenden Montag im Petitionsausschuss des Bundestags verhandelt werden wird.

Schon seit Jahren werden vor allem durch Tarifverträge bedingte Lohnkostensteigerungen in der ambulanten Pflege in den Entgeltverhandlungen von Krankenkassen nicht anerkannt und auch nicht auskömmlich refinanziert mit der Folge, dass über die Hälfte der Sozial- und Diakoniestationen nicht mehr kostendeckend arbeiten können. Tarifsteigerungen in den Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen würde die Beitragsstabilität gefährden, argumentieren die Kassen und verweisen auf den gesetzlichen Rahmen. Wir können aber angesichts dessen, dass die Ausgaben in der häuslichen

Pflege gerade einmal etwa 2 % der Gesamtausgaben der Kassen ausmachen, dieses Argument kaum nachvollziehen. Darauf wird Frau Kannen noch näher eingehen.

Nach jahrelangem Optimieren von Arbeitsabläufen ist nun für viele Sozialstationen das Ende der Fahnenstange, die Schmerzgrenze erreicht. Hier ein Zahlenvergleich: Vor zwölf Jahren hatte eine Schwester einer Sozialstation auf ihrer Morgentour 17 Patienten zu betreuen; heute, zwölf Jahre später, hat sie in der gleichen Zeit 25 Patienten. Das ist eine sehr eindrückliche Zahl, die die Arbeitsverdichtung zeigt. Diese Arbeitsverdichtung macht den Beruf der Krankenschwester, der Altenpflegerin, des Altenpflegers immer unattraktiver. Die ambulante Pflege hat im Gesundheitswesen die höchsten Krankheitsquoten. Ich zitiere:

Zu diesen schlechten Rahmenbedingungen, unter denen ein existenzsicherndes Einkommen für die Pflegekräfte kaum möglich ist, kommt – durch die Zuständigkeit für zu viele Pflegebedürftige und die Ausweitung von körperlichen, emotionalen, organisatorischen und inhaltlichen Anforderungen – in vielen Pflegeeinrichtungen und -diensten ein deutlicher Anstieg des Zeit- und Leistungsdrucks hinzu Entsprechend erstaunt es nicht, dass Altenpflegekräfte im Hinblick auf die psychophysische Gesundheit deutlich schlechter abschneiden als andere Berufsgruppen ...

Man höre und staune: Das Zitat stammt aus dem Fehlzeiten-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK.

Eine noch größere Arbeitsverdichtung ist ebenso mit Blick auf die pflegebedürftigen Menschen, die von uns unterstützt werden, nicht zu verantworten. Gute Pflege braucht Zeit, und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter brauchen einen angemessenen Lohn.

Die kirchlichen Pflegedienste bezahlen nach Flächentarifverträgen, die dem TVöD – also dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst – entsprechen. 80 % der Kosten einer Sozialstation sind Personalkosten. Tariftreue, Tarifbindung und Tarifverträge dürfen nicht bestraft werden. In Baden-Württemberg setzen sich ver.di, Diakonie und Caritas für eine vollständige Refinanzierung der Tariflöhne in der Sozialwirtschaft ein. Dieses gemeinsame Ziel verfolgt das am 8. Dezember vergangenen Jahres in Stuttgart gegründete Bündnis für Tariftreue und Tarifstandards für die Sozialwirtschaft in Baden-Württemberg. „Tarife, insbesondere Flächentarife dürfen kein Wettbewerbsnachteil sein“, heißt es in der Gründungserklärung. Nachgewiesene Personalkosten müssen vollumfänglich refinanziert werden, um attraktive Arbeitsplätze zu erhalten und Altersarmut langfristig zu vermeiden.

Hier verweise ich auf eine Analyse der Hans-Böckler-Stiftung. Dort heißt es:

Beschäftigten im Sozialbereich droht Altersarmut. Ausgerechnet Menschen, die sich ihr Leben lang um Alte und Kranke kümmern, stehen finanziell oft schlecht da, wenn sie selbst ins Rentenalter kommen.

Wir wollen es gerade bei den kirchlichen Pflegediensten durch die Zahlung von Tariflöhnen verhindern, dass unseren langjährigen Mitarbeitern Altersarmut droht. Wir wollen das vermeiden und wollen natürlich den Pflegebedürftigen die Hilfe und Unterstützung in einer hohen Qualität zukommen lassen.

Die Eigenmittel der kirchlichen Sozialstationen – also Umlagen von Kirchengemeinden, Seelsorgeeinheiten, aus Kirchensteuermitteln, Spenden, Zuwendungen aus Vermächtnissen oder Erbschaften, Mittel von Fördervereinen und noch vereinzelte, wenige kommunale Zuschüsse – dürfen nicht dazu dienen, Defizite aus dem leistungsrechtlichen Bereich aufzufangen, die eigentlich systemkonform die Krankenkassen zu tragen hätten. Das möchte ich zur Situation der Vergütung sagen.

Ich möchte nun angesichts der Zeit die nächsten zwei Folien überspringen und vor allem noch Ausführungen zum Thema „Familienpflege, Haushaltshilfe“ machen, weil mir das persönlich sehr wichtig ist.

Die Refinanzierung der Haushaltshilfe, der Familienpflege, der Dorfhilfe ist seit Jahren durch eine massive finanzielle Unterdeckung gekennzeichnet. Die Bereitstellung von Fachkräften kann derzeit nur durch den Einsatz auch von Eigenmitteln aufrechterhalten werden; ich werde das gleich erläutern. Die Familienpflege als notwendiges familienunterstützendes System darf nicht gefährdet werden. Denn Familienpflege – die Haushaltshilfe nach SGB V – greift, wenn es aufgrund von Krankheit für Familien keine andere Unterstützungsmöglichkeit mehr gibt. Kirchliche Dienste für Familienpflege und Dorfhilfe sind für Familien da, wenn die Mutter oder der Vater krank sind und keine Verwandten, Freunde oder Nachbarn die Unterstützung der Familie übernehmen können. Die Mitarbeiterinnen betreuen und versorgen die Kinder und führen den Haushalt weiter.

Das Angebot der Familienpflege und Dorfhilfe existiert schon seit den Siebzigerjahren des vergangenen Jahrhunderts. Seit dem Ausbau der Sozialstationen gibt es Familienpflege flächendeckend in unserem Land. Dieser Ausbau geschah in Baden-Württemberg in beispielhaftem Umfang und wurde von den bisherigen Landesregierungen vorangetrieben und finanziell gefördert. Die Förderung erfolgt bis heute, allerdings auf einem deutlich abgesenkten Niveau.

Heute stellen in Baden-Württemberg 350 kirchliche Diakonie-Sozialstationen, Familienpflegedienste und Dorfhelferinnenstationen mit 800 Einsatzkräften, Familienpflegerinnen und Dorfhelferinnen familienunterstützende Leistungen sicher. Pro Jahr nehmen 12 000 bis 15 000 Familien in Notsituationen diese Hilfe einer Familienpflegerin oder Dorfhelferin in Anspruch. Die Familienpflege wird überwiegend aus Krankenkassenentgelten finanziert. Hierfür sind zwischen freigemeinnützigen Trägern und den gesetzli-

chen Krankenkassen feste Kostensätze vereinbart worden, die sich am zeitlichen Umfang orientieren.

Die Refinanzierungssituation der Haushaltshilfe, der Familienpflege ist seit Jahren durch massive finanzielle Unterdeckung gekennzeichnet. Die Kosten pro Stunde für den Einsatz einer Haushaltshilfe, einer Fachkraft liegen deutlich über den Erstattungsätzen, die bisher mit den Kassen vereinbart werden konnten. Nur mit dem Einsatz von Eigenmitteln kann dieser Dienst aufrechterhalten werden.

Hier ist es so: Die Vergütung durch die Krankenkassen liegt im Durchschnitt – es gibt ja unterschiedliche Krankenkassen: AOK, vdek usw. – etwa bei 32 € pro Fachkraftstunde. Unsere Aufwendungen betragen mindestens 45 € pro Einsatzstunde; wir haben sogar Berechnungen, dass sie bei uns eigentlich bis 49 € kosten, je nachdem, wie man Overheadkosten berechnet. Das heißt: Für jede Einsatzstunde muss ein Träger in der Familienhilfe 13 € zuschießen. Allein im Bereich des Diözesan-Caritasverbands Rottenburg-Stuttgart wurden im Jahr 2013 214 000 Einsatzstunden erbracht, das heißt insgesamt fließen nur bei einem der vier kirchlichen Wohlfahrtsverbände sage und schreibe 2,782 Millionen € an Eigenmitteln zur Aufrechterhaltung in diesem Bereich.

Allein im badischen Landesteil haben im Bereich meines Verbands Dorfhelferinnen im Jahr 2014 257 632 Einsatzstunden erbracht, die Sozialstationen schätzungsweise etwa 300 000 Einsatzstunden. Das bedeutet eine Zahl von über 7 Millionen €. Allein für die Caritas heißt das, dass knapp 10 Millionen € jährlich in diesen Bereich fließen, um ihn aufrechtzuerhalten. Bei der Diakonie dürfte das Volumen noch größer sein. Das zeigt, dass die kirchlichen Wohlfahrtsverbände in Baden und Württemberg jährlich schätzungsweise mehr als 20 Millionen € allein für die Aufrechterhaltung der Familienpflege aufbringen. Wen wundert es, dass das Angebot der Haushaltshilfe und Familienpflege außerhalb der kirchlichen Wohlfahrtsverbände fast ganz verschwindet und auch bei kirchlichen Sozialstationen und Diakoniestationen kontinuierlich zurückgeht?

Hier weise ich darauf hin, dass die Krankenkassen und die Pflegekassen Körperschaften öffentlichen Rechts sind. Das heißt: Hier gibt es eine Kontrolle der Selbstverwaltung durch Regierung und Parlament. Ich nutze die Gelegenheit, die diese Enquetekommission bietet, um eine stärkere und transparentere Kontrolle der Kassen durch das Sozialministerium und auch durch das Landesparlament – also durch Sie, unsere Abgeordneten – anzumahnen und einzufordern. Denn mit Blick auf die Familienpflege ändert sich die Refinanzierungssituation im Bereich der ambulanten Versorgung von Familien im Krankheitsfall nicht grundlegend. Dann können Caritas und Diakonie dieses wichtige familienunterstützende System mittelfristig nicht aufrechterhalten; vor allem können sie den Dienst nicht mehr durch qualifizierte Fachkräfte anbieten. Während sich viele Familien nach wie vor vorübergehend selbst helfen können, ist der Einsatz einer Fachkraft angezeigt, wenn eine schwere körperliche oder psychische Erkrankung vorliegt. Wir haben immer häufiger Familienpflegedienste auch in Familien im Einsatz, die in komplexen psychosozialen Problemlagen leben.

Mein Ausblick und meine letzten drei Sätze: Die ambulanten kirchlichen Pflegedienste sind im Gesundheitssystem unverzichtbare Partner und systemrelevant für die Gesellschaft und das Gesundheitswesen. Sie sind erfahrene Partner, die in der Vergangenheit und in Zukunft bereit waren bzw. sind, auch in Modellen Neues zu erproben; wir haben hier verschiedene Erprobungsmodelle laufen. Die ambulanten kirchlichen Pflegedienste sind Garant für eine flächendeckende Versorgung, gerade auch im ländlichen Bereich, und unterstützen die Politik in ihrem Auftrag der kommunalen Daseinsfürsorge für alte und kranke Menschen.

Ich danke Ihnen sehr für Ihre Geduld. Ich habe angesichts des vorgegebenen Zeitrahmens etwas schnell gesprochen.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rück: Vielen Dank, Herr Monsignore Appel.

Bevor wir zu den Fragen kommen, möchte ich ein Versäumnis nachholen: Ich begrüße natürlich auch die Vertreterinnen und Vertreter des Sozialministeriums mit Herrn Dr. Grünupp an der Spitze.

Ich freue mich ganz besonders, dass auch heute wieder viele Auszubildende bei unserer Anhörung anwesend sind. Diesmal sind es Auszubildende des Evangelischen Bildungszentrums für Gesundheitsberufe in Stuttgart. Seien Sie mir ganz besonders herzlich willkommen.

Ich darf auch noch auf Folgendes hinweisen: Die heutige Anhörung wird per Livestream im Internet übertragen. Sie können die Anhörung, wenn Sie das eine oder andere nachsehen möchten, in der Mediathek auf der Homepage des Landtags noch einmal anklicken und anschauen. Es wird natürlich auch nach dieser öffentlichen Anhörung ein Protokoll im Internet auf der Homepage des Landtags – www.landtag-bw.de – veröffentlicht.

Aber jetzt zu den Fragen. – Frau Dr. Engeser.

Abg. Dr. Marianne Engeser CDU: Monsignore Appel, Sie haben ganz am Ende Ihrer Ausführungen auf die Pflegedienste und ihre Situation im ländlichen Raum hingewiesen. Dort hört man oft Klagen über die schlechten Rahmenbedingungen. Welche Maßnahmen schlagen Sie vor, um hier auch in Zukunft ausreichend Dienste und Versorgung für die Menschen im ländlichen Raum sicherzustellen?

Vorsitzender Helmut Walter Rück: Vielen Dank, Frau Dr. Engeser. – Frau Mielich.

Abg. Bärbli Mielich GRÜNE: Herr Appel, erst einmal herzlichen Dank für Ihren Überblick, den Sie gegeben haben, mit der Darstellung der Sozialstationen, aber auch der

Familienhilfe. Das fand ich sehr informativ. Sie haben ja sozusagen zeitgleich zu der heutigen Anhörung auch in einer Presseerklärung von Caritas und Diakonie deutlich darauf hingewiesen, dass es diese Petition gibt und dass Sie von der Politik eine entsprechende Unterstützung erwarten. Da ist meine Frage: Was erwarten Sie von der Politik? Ich meine, dies ist das Gremium, in dem Sie am allerehesten direkt Ihre Wünsche formulieren können.

Dann haben Sie gesagt, Sie erwarteten, dass das Sozialministerium insgesamt dafür sorgt, dass die Kassen ihre Kostenkalkulation transparenter machen. Das geht ja nur bei der AOK; bei allen anderen Kassen geht es nicht, weil die Kompetenz des Sozialministeriums dort gar nicht vorhanden ist.

Drittens wollte ich noch wissen: Sie haben die Arbeitsverdichtung ganz deutlich skizziert. Da ist für mich die Frage: Welche Konsequenzen hat diese Arbeitsverdichtung für die Personalsituation in den einzelnen Sozialstationen? Bedeutet das letztendlich, dass sie z. B. eine höhere Fluktuation haben, weil es auch einen hohen Krankenstand gibt, oder dass sie vielleicht auch schon einen Fachkräftemangel haben?

Herzlichen Dank.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Frau Mielich. – Herr Kollege Hinderer.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Herr Monsignore Appel, Sie haben uns ja Ihren Vortrag auch vorab zur Verfügung gestellt. Insofern stelle ich eine Frage zu einer Folie, die Sie vorhin übersprungen haben; da stand als Überschrift „Beratung“. Wie bewerten Sie die vorhandenen Beratungsstrukturen im Hinblick auf die ambulante Pflege? Vielleicht könnten Sie auch noch etwas zu dem gestarteten Modellversuch „Präventive Hausbesuche“ sagen.

Den anderen Punkt hat Frau Kollegin Mielich schon angesprochen. Ich will einfach die Frage stellen: Könnten Sie Ihre Forderung an die Politik – ans Sozialministerium, und Sie haben auch das Parlament genannt – nach einer stärkeren Kontrolle der Kassen präzisieren? Wie müssen wir uns das vorstellen?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Hinderer. – Herr Kollege Haußmann.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Herr Monsignore Appel, da würde ich gerade anschließen. Sie haben auf einer Folie geschrieben, es braucht aufsuchende Beratung und Begleitung, in Ergänzung der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI und der Arbeit der Pflegestützpunkte. Wenn Sie das noch einmal konkretisieren könnten.

Weiter haben Sie zu Recht auch das Thema Altersarmut bezogen auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angesprochen. Jetzt haben wir ja oft auch die Herausforderung, dass das natürlich noch intensiver ist, wenn man in Teilzeit arbeitet. Meine Frage ist hier: Wie ist das bei der Caritas in der Struktur ihrer Dienste aufgeteilt? Wie viele – überwiegend – Mitarbeiterinnen sind in Teilzeit tätig? Bestehen da Chancen, mehr in Vollzeit zu gehen? Wir wissen um die Herausforderungen, die mit der anfallenden Tätigkeit da sind. Das wäre, glaube ich, auch noch einmal ganz wichtig.

Die abschließende Frage: Es gibt in Österreich ein Fördermodell zu einer 24-Stunden-Hausbetreuung. Dort wurde die Problematik osteuropäischer Betreuungskräfte aufgegriffen. U. a. mit der Caritas wurde es in Österreich durch Zuschüsse des Staates geschafft, die prekären Beschäftigungsverhältnisse sozusagen in offizielle Beschäftigungsverhältnisse zu bringen. Die Caritas übernimmt dort auch die Beratungsleistung und die Abwicklung. Haben wir dazu auch ein Positionspapier entwickelt? Können Sie sich vorstellen, dass das auch in Deutschland ein Thema ist, das wir in der Politik aufgreifen sollten?

Danke schön.

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

Abg. Thomas Reusch-Frey SPD: Herr Vorsitzender, Herr Monsignore Appel, meine Damen und Herren! Das Bündnis zwischen ver.di, Diakonie und Caritas für gute Arbeit in der Pflege ist uns ganz wichtig. Ich denke, es findet volle Unterstützung, dass Sie dieses Bündnis eingegangen sind. Es zeigt, wie laut die Alarmglocken an dieser Stelle sind. Meine Frage: Gibt es in den laufenden Verhandlungen aufgrund dieses Bündnisses eine Dynamik? Schiedsverfahren laufen, und das muss sich ja dann irgendwie auch auswirken – so hoffe ich zumindest –, damit dieses Dilemma, in dem die Pflegekräfte stehen, etwas aufgelöst wird, dass die tariflichen Personalkosten endlich von den Kassen anerkannt werden.

Das andere ist das aus meiner Sicht Erschreckende, was Sie gesagt haben: der Rückgang des Angebots bei der Familienhilfe, Familienpflege und Haushaltshilfe. Können Sie Zahlen sagen, wie sich das in den letzten Jahren entwickelt hat? Ich denke, wenn Baden-Württemberg ein familienstarkes Bundesland sein will, haben wir – Politik und Kirche, Diakonie und Caritas – an dieser Stelle eine große Verantwortung.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Kollege Reusch-Frey. – Ich habe jetzt noch eine Wortmeldung von Frau Kollegin Schiller vorliegen. Gibt es sonst noch Wortmeldungen von Ihnen? – Dann Frau Schiller. Anschließend würde ich Herrn Monsignore Appel um seine Antwort bitten.

Abg. Jutta Schiller CDU: Herr Monsignore Appel, ich habe auch eine Frage wie Herr Hinderer. In der Vorbereitung auf diese Sitzung habe ich den kompletten Vortrag von Ihnen gelesen. Sie schreiben unter dem Punkt „Psychiatrische Krankenpflege“:

Rahmenbedingungen müssen so gestaltet werden, dass eine flächendeckende Versorgung ermöglicht werden kann.

Da würde mich interessieren, welche Bedingungen Sie da genau meinen.

Danke.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herr Monsignore Appel, ein bunter Strauß an Fragen an Sie.

Sv. Herr Monsignore Appel: Ich fange gern mit der letzten Frage, der Frage von Frau Schiller, an. Da geht es darum, dass wir eine allgemeine ambulante Palliativversorgung praktisch flächendeckend wünschen und dass wir die noch nicht haben, weil es sie noch nicht bei allen Sozialstationen gibt. Es gibt ja drei Sorten: die allgemeine ambulante Palliativversorgung, dann die – –

(Abg. Manfred Lucha GRÜNE: Die psychiatrische!)

– Bitte?

(Abg. Manfred Lucha GRÜNE: Sie hat nach der Psychiatrie gefragt! – Weitere Zurufe)

– Psychiatrie? Ich steige deshalb hier ein, weil es dann den zweiten Dienst gibt. Dies ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, bei der es auch um die Psychiatrie geht. Aber vielleicht habe ich jetzt Ihre Frage falsch eingetütet.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielleicht zum Verständnis noch einmal Frau Schiller.

Abg. Jutta Schiller CDU: Das findet sich auf Seite 7: „Psychiatrische Krankenpflege“. Da war genau diese Frage, die ich dann gestellt habe: Welche Rahmenbedingungen für die psychiatrische Krankenpflege – nicht für die Palliativversorgung – meinen Sie genau?

Sv. Herr Monsignore Appel: Bei der psychiatrischen Krankenpflege sind gerontopsychiatrische Fachkräfte nötig. Da haben wir zu wenige Spezialdienste. Im Grunde sind deshalb die Leistungsansprüche der Versicherten oft nicht erfüllbar, weil es in diesem Bereich der psychiatrischen Krankenpflege nicht genügend Spezialdienste gibt. Wir denken, niemandem sollte aufgrund dessen, dass diese Dienste an seinem Wohnort

fehlen, diese Unterstützung verwehrt werden. Deshalb bräuchten wir aus unserer Sicht einen gesonderten Rahmenvertrag für die psychiatrische Krankenpflege und auch Zusatzvereinbarungen, über die diese Leistung entsprechend vergütet werden.

Dann komme ich auf die Fragen von Herrn Reusch-Frey zu sprechen: Es freut mich, dass Sie das Bündnis mit ver.di loben. Es ist so, dass wir – Caritas, Diakonie und ver.di – alle Akteure im Sozialbereich und auch darüber hinaus einladen, diesem Bündnis beizutreten, und dass wir jetzt auch versuchen, noch einmal verstärkt Gespräche mit anderen Akteuren im Sozialbereich zu führen, um diese Einladung noch etwas massiver und intensiver auszusprechen.

Zur Familienpflege habe ich jetzt keine genauen Zahlen vorliegen. Aber wir nehmen wahr, dass immer wieder Stationen Stellen, Stellenanteile abbauen und dass dieser Dienst deshalb vom Angebot her zurückgeht, obwohl er ein sehr segensreicher und wirkungsvoller Dienst für die Familien ist und insofern eigentlich nicht abgebaut werden sollte. Er ist ein sehr familienunterstützendes und stabilisierendes System.

Herr Haußmann hat nach den osteuropäischen Pflegekräften gefragt. Wir nehmen wahr, dass es um dieses Thema, das in den letzten Jahren so verstärkt in der politischen Debatte war, relativ still geworden ist und dass es fast selbstverständlich geworden ist, dass osteuropäische Pflegekräfte in unterschiedlichen Arbeitsverhältnissen – auch in prekären Arbeitsverhältnissen – bei uns sind, dass es fast eine Normalsituation geworden ist. Wir haben genau das Ziel, das auch Caritas Österreich hat und das Sie beschrieben haben, dass wir nämlich versuchen, möglichst viele der Pflegekräfte aus osteuropäischen Staaten in offizielle Arbeitsverhältnisse zu überführen. Viele Caritasverbände, auch über Baden-Württemberg hinaus, sind sehr aktiv, um das zu bewerkstelligen, um hier Modelle zu schaffen.

Unser Ziel ist es ja gerade, dadurch, dass wir Tariflöhne zahlen, Altersarmut zu vermeiden. Das ist etwas, was wir gerade in den unteren Lohngruppen auch bei anderen Diensten wahrnehmen: Wir sind dort deshalb auch immer in einem schiefen Wettbewerb mit anderen Diensten, weil die bei den unteren Lohngruppen – – Heute weniger bei den leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder bei Pflegefachkräften; da ist aufgrund des Fachkräftemangels eine Situation, dass hier alle Wohlfahrtsverbände gute Pflegefachkräfte nur dann bekommen, wenn sie entsprechende Vergütungen bezahlen.

Wir haben aber hier natürlich auch das Ziel, sehr viele Teilzeitarbeitsplätze anzubieten, weil es für Familien und gerade für Mütter in bestimmten Situationen sehr hilfreich ist, wenn es Teilzeitangebote gibt. Das ist das Problem auch der Entwicklung der Familien, der alleinerziehenden Frauen und Mütter, dass sie, wenn sie nicht mehr in einer Partnerschaft oder Familie leben, allein durch Teilzeitarbeit oft nicht in der Lage sind, entsprechend adäquate Rentenansprüche aufzubauen. Wir müssen uns noch einmal intensiv Gedanken machen, wie wir diesem Phänomen entgegentreten können.

Beratung: Ich habe ja aufgrund der Zeit einen Teil des für heute vorbereiteten Vortrags weggelassen. Die Beratung ist natürlich auch wichtig. Wir brauchen aufsuchende Beratung und Begleitung, die die gesamte Lebenssituation der Menschen im Blick hat, in Ergänzung zur Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI und der Arbeit der Pflegestützpunkte. Das ist ja eine Nachfolge; früher gab es die IAV-Stellen. Wir brauchen hier wirklich auch eine eigene Vergütung für diese Beratung von pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen. Mit Blick auf den alten Menschen und die pflegenden Angehörigen gilt es, auch im Sinne der Subsidiarität vor Ort zu Lösungen zu kommen, um diese Form der Beratung wieder neu auszubauen. Der aktuelle Koalitionsvertrag auf Bundesebene enthält dazu viele wichtige Vorhaben zugunsten der Städte, Gemeinden und Landkreise. Das betrifft vor allem Maßnahmen zur finanziellen Entlastung für Investitionen. Einen Teil dieses Geldes auch für den Wiederausbau der Beratung zu nutzen wäre aus unserer Sicht eine sinnvolle Investition bei den Optionsgemeinden.

Zur Arbeitsverdichtung: Frau Mielich, Sie haben nachgefragt: Was kann die Politik tun? Wir haben einmal auf der Bundesebene die große Erwartung, dass das SGB V ergänzt wird dadurch, dass dort auch die tarifliche Bezahlung als wirtschaftlich anerkannt wird. Das ist uns ganz wichtig. Weiter ist uns z. B. auch wichtig – aber das ist, glaube ich, bereits eingetütet –, dass wir in der Familienpflege, Haushaltshilfe eine Schiedsstelle oder eine Schiedsperson durch das Gesetz bekommen. Das ist nämlich noch nicht der Fall. Beim SGB V, bei der häuslichen Krankenpflege haben wir eine Schiedsperson, beim SGB XI haben wir eine Schiedsstelle, aber im Bereich der Familienpflege, Haushaltshilfe ist bisher im SGB V die Möglichkeit einer Schiedsperson oder Schiedsstelle nicht gegeben. Wir haben also keine Möglichkeit, uns an irgendeine Stelle zu wenden, die einen Schiedsspruch fällt oder die hier einmal nachschaut.

Was das Land angeht, wäre es natürlich gerade auch beim Thema Beratung, das ich gerade angesprochen habe, wichtig, wenn hier vielleicht noch einmal überlegt werden könnte, wie die Beratung der Angehörigen von alten und pflegebedürftigen Menschen verbessert werden kann.

Zur Arbeitsverdichtung: Ich habe es ja im Grunde genommen ausgeführt. Wir sind am Ende der Fahnenstange. Wir müssen eine Situation finden, in der die in der Pflege Tätigen nicht dauernd unter Strom stehen, sondern mit einer gewissen Freude ihren Dienst tun können. Wir beobachten im Augenblick mit Sorge, dass das verstärkt verloren geht. Deshalb auch die hohen Fehlzeiten durch Krankheiten.

Was die AOK angeht: Wir nehmen immer wieder deutlich wahr, dass wir hier ellenlange Verhandlungen mit hochbezahlten Mitarbeitenden in sich immer wieder drehenden Runden haben, dass wir in Baden-Württemberg allein z. B. im SGB V und im SGB XI vier Rahmenverträge mit den verschiedenen Kassenarten haben – mit der AOK, mit den Kassen, die zum Verband der Ersatzkassen gehören, mit BKK, IKK und mit der Knappschaft. Wir haben allein im SGB V in der häuslichen Krankenpflege vier Rahmenverträge mit unterschiedlichen Preisen für die gleichen Leistungsmodule. Manchmal gibt es einen Mischpreis für eine Fachkraft und eine Hilfskraft, wie bei der AOK; bei anderen

gibt es eine klare Trennung zwischen Fachkraft und Hilfskraft. Ich habe einmal mit wenig Verständnis von einem Vertreter einer Ersatzkasse gehört, dass es die Identität der Kasse gegenüber den Versicherten ausmache, dass sie hier einen eigenen Rahmenvertrag habe.

In Nordrhein-Westfalen und in Bayern schaffen es die Kassen, mit einem Rahmenvertrag auszukommen. Wir würden uns hier sehr viel Arbeit sparen und einen gewissen Bürokratieabbau bekommen, wenn wir mit den Kassen in den einzelnen Sozialgesetzbüchern einen gesamten, gemeinsamen Rahmenvertrag hinbekämen.

Ich weiß, dass hier die Einflussmöglichkeiten der Politik und der Aufsicht durch das Sozialministerium hinsichtlich der AOK gering sind. Aber wenn die Kassen auch Körperschaften öffentlichen Rechts sind, müssten doch hier vom Parlament und vom Landtag her auch bestimmte Möglichkeiten bestehen, die ich einfach zu überprüfen bitte. Es ist meine, wenn vielleicht auch blauäugige, Hoffnung, dass hier ein bisschen stärker auf die Kassen Einfluss ausgeübt werden könnte.

Die erste Frage, die Frage von Frau Dr. Engeser, betraf den ländlichen Raum und den Fachkräftemangel. Der Fachkräftemangel wird uns erreichen. Eines der strategischen Ziele aller kirchlichen Wohlfahrtsverbände ist die Fachkräfteentwicklung. Hier ist die Frage: Wie können wir weiter gute Ausbildungsstätten – also Fachschulen für Altenpflege, Fachschulen für Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Heilerziehungspflege – schaffen und bauen? Allerdings haben wir die demografische Entwicklung, und wir werden auch in den nächsten Jahren in eine immer stärkere Konkurrenz zur Wirtschaft und zum Handwerk kommen. Meine Überzeugung ist, dass wir, wenn wir gute Schulen haben, auch Möglichkeiten finden werden, dass junge Leute dieses Schulangebot annehmen.

Wir müssen uns auch intensiv Gedanken machen, inwieweit wir gerade die Flüchtlinge, die zu uns, in unser Land kommen, hier einbeziehen und inwieweit wir hier Modelle schaffen. Es liegt der Vorschlag des Diakonischen Werks Württemberg vor, für Flüchtlinge, die zu uns kommen, vielleicht etwas Vergleichbares wie ein freiwilliges soziales Jahr in der Pflege einzuführen. Hier gibt es verschiedene Ideen, wie wir vielleicht vorankommen können. Der Schweiß der Edlen ist, denke ich, alles wert, sich hier einzusetzen, damit wir hier weiterkommen.

Der Fachkräftemangel ist vor allem bei uns in Südbaden, in der Grenzregion zur Schweiz verstärkt erfahrbar, weil viele Fachkräfte in die Schweiz abwandern, die wir hier bei uns ausbilden und die halt in der Schweiz besser bezahlt werden, aber dort auch zum Teil härtere Arbeitsbedingungen haben. Wir erleben auch einen gewissen Rückzug gerade von älteren Pflegenden, die in der Schweiz waren, vereinzelt wieder zurückkommen und auf der deutschen Seite wieder Arbeit suchen, weil sie bei uns mehr Freizeit haben und eine etwas entspanntere Art vorfinden als in der Schweiz. Aber das Thema Fachkräftemangel ist ein Megathema, das uns in der Wohlfahrtspflege in den nächsten Jahren vor große Herausforderungen stellen wird.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herzlichen Dank, Herr Monsignore Appel, dass Sie uns Rede und vor allem gerade auch Antwort gestanden haben. Wenn noch Fragen wären, kämen wir in der abschließenden allgemeinen Fragerunde dazu; für die jetzige Runde ist die Zeit abgelaufen.

Ich freue mich jetzt auf den Vortrag von Frau Waltraud Kannen.

Es werden gerade noch ein paar technische Vorbereitungen erledigt. Ich kann Ihnen vielleicht zwischendrin versichern: Auch ich als Vorsitzender sehe gerade nichts von der Sonnenfinsternis; Sie können also beruhigt sein.

(Vereinzelt Heiterkeit)

So, die Zeit ist überbrückt. Frau Kannen, bitte schön.

Sv. Frau Kannen: Ich darf mich von meiner Seite her ganz herzlich für die Einladung bedanken. Ich verstehe mich heute hier als Vertreterin der kirchlichen Sozialstationen in Baden-Württemberg. Sie haben schon gehört: Wir stehen in der Kampagne. Ich komme aus der Praxis, bin seit über 30 Jahren mit Herzblut in der ambulanten Pflege tätig und hoffe, dass ich etwas zu dem Thema beitragen kann.

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

Aufgrund des großen Fragenkatalogs und, denke ich, auch dezidierter Kenntnisse Ihrerseits habe ich mich erst einmal darauf konzentriert, etwas über die häusliche Krankenpflege und die Procedere dort zu sagen.

Der Stellenwert der häuslichen Krankenpflege im Vergleich zur Pflegeversicherung wird oft unterschätzt. Wir haben ja die zwei großen Säulen in der ambulanten Pflege: die SGB XI-Pflegeversicherung und die häusliche Krankenpflege. Die häusliche Krankenpflege setzt vielfach im Vorfeld der Pflege ein. Das heißt: Auch fitte ältere Menschen mit Sehbeeinträchtigung, die Diabetes haben, erhalten über die häusliche Krankenpflege Unterstützung, oder Menschen, die Fingerarthrosen haben, bekommen ihre Gummistrümpfe angezogen; sie haben über eine gute häusliche Krankenpflege die Möglichkeit, auch am sozialen Leben teilzunehmen.

Derzeit verfügen wir in Baden-Württemberg über eine flächendeckende Sicherung dieser medizinischen Behandlung durch die ambulanten Dienste. Diese Leistungserbringung ist gekennzeichnet von großer Flexibilität und hoher Fachlichkeit. Ein Beispiel: Der Hausarzt ruft aus seiner Mittwochnachmittagsrunde beim Pflegedienst an und ordert eine dringende Wundversorgung; dann wird die am Abend des gleichen Tages noch gemacht, egal, ob es von uns aus gesehen im hintersten Münstertal oben auf dem Berg oder in einer städtischen Struktur ist. Oder: Vielfach kommt es freitagnachmittags vor, dass der Hausarzt noch unterwegs ist und eine Krankenhauseinweisung bei einem

pflegenden Angehörigen macht, der z. B. seine Frau betreut, die an Demenz erkrankt ist und Insulin braucht. Dann ist es selbstverständlich, dass wir schon direkt am Freitagabend einsteigen, dreimal täglich die Insulingabe machen und in der Regel in diesem Kontext gleich auch die andere Versorgung machen.

Das heißt: Die Versorgung ist durch ein wirklich schnelles Einsteigen geprägt und, je nachdem, welche Qualifikation wir brauchen, auch durch Pflegefachkräfte, die zusätzlich qualifiziert sind. Häusliche Krankenpflege ermöglicht dem chronisch erkrankten Menschen dadurch ein Leben zu Hause und spart vor allem hohe Folgekosten. Ich denke, das ist für Sie alle nachvollziehbar. Jemand, der regelmäßig seine medizinische Behandlung erhält, z. B. Gummistrümpfe trägt und keine Thrombosen bekommt, muss nicht ins Krankenhaus. Ähnliches gilt, wenn er von seiner Diabetes her gut eingestellt ist. Wir ersparen auf diese Art und Weise über die Zeit hinweg viele Krankenhauseinweisungen, wenn das Ganze stabil läuft, und verkürzen auch nachweislich Krankenhausaufenthalte.

Ein Tag Krankenhausaufenthalt kostet 500 €. Unsere durchschnittlichen Vergütungen liegen zwischen 9,70 € und 19,00 €, je nachdem, wie aufwendig die Behandlungspflege ist. Das einfach für Sie zum Vergleich.

Was mir vor allem ganz wichtig ist: Wir, die Pflegedienste, arbeiten vielfach mit Frauen, die berufstätig sind. Mein Anliegen vonseiten einer Pflegedienst Einrichtung des Gesundheitswesens ist es auch immer, Vorbild zu sein. Wir ermöglichen durch die häusliche Krankenpflege vielen Angehörigen die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Das verhindert gerade in Zeiten des Fachkräftemangels einen Ausstieg aus dem Beruf. Ich denke, Sie alle wissen, wie viele Menschen mittlerweile in der Situation sind, dass sie berufstätig sind und pflegen. Ich glaube, in Baden-Württemberg werden um die 75 % der betreffenden Personen zu Hause – auch von Angehörigen – versorgt. Gerade diese Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ist uns seitens der ambulanten Dienste so wichtig, weil wir nicht nur in der Pflege einen Fachkräftemangel haben, sondern auch in ganz vielen anderen Bereichen. Da ist die häusliche Krankenpflege eine ganz stabile Säule; sie stärkt die Pflegefähigkeiten der Angehörigen und gibt Sicherheit durch professionelle Beratung und Betreuung.

Ich denke, es sind einige unter Ihnen, die die Situation der häuslichen Pflege kennen. Sie wissen, was das an Belastung bedeutet für denjenigen, der über 24 Stunden hinweg pflegt. Da ist es ganz wichtig, dass auch die Angehörigen im Fokus der Pflegefachkräfte sind, die kommen. Das ist ein Bereich, der nebenbei erledigt wird, aber einen ganz hohen Effekt hat. Vor allem ist uns Folgendes wichtig: Viele pflegende Angehörige haben nach der Pflegetätigkeit eine hohe Krankheitsrate; es gibt körperliche Erschöpfungssymptome. Da tragen wir durch die häusliche Krankenpflege zu einem guten Gelingen bei.

Die letzte Zahl auf der Folie: Die häusliche Krankenpflege hat bei den Sozialstationen einen Umsatzanteil von 40 bis 50 %.

Jetzt kommen wir zu dem, was Monsignore Appel vorhin gesagt hat: Schauen wir uns die Ausgabenseite der Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege an, dann sehen Sie: Wir liegen bei 2,37 %. Ich bin eine der Initiatorinnen der Kampagne „Die häusliche Pflege hat Wert!“. Ich denke, wenn wir diese Zahlen anschauen, dann sehen Sie, von welchen Zahlen wir sprechen, und können mir sicherlich beipflichten, dass wir so bald noch nicht Angst davor haben, dass die Kosten explodieren und der Krankenkassenbeitragssatz gefährdet ist. Es ist vielmehr umgekehrt: HKP, vernünftig eingesetzt, spart uns viele Investitionen im Gesundheitsbereich. Es ist lohnenswert, in die HKP zu investieren.

Häusliche Krankenpflege im Alltag: Was Sie, wie ich denke, auch vielfach mitbekommen: Wir stehen definitiv unter dem Diktat der Krankenkassen. Ausufernde Antrags- und Genehmigungsverfahren seitens der Krankenkassen mit der Haltung, eher zu verhindern als zu ermöglichen, und mit einseitig monetärer Ausrichtung erschweren uns den Alltag. Die Krankenkasse hat per Gesetz einen Genehmigungsvorbehalt, der es ihr ermöglicht, auch bei begründeter ärztlicher Verordnung und medizinischer Notwendigkeit – das muss man sich einmal auf der Zunge zergehen lassen – häusliche Krankenpflege abzulehnen. Wir haben im vergangenen Jahr in einer Aktion diözesanweit mehrere solcher Ablehnungen rechtlich klären lassen und in allen Fällen Recht erhalten. Das Ganze ist jedoch mühsam, nervt die Beteiligten und führt auch dazu, dass die Zusammenarbeit mit den Hausärzten belastet wird.

Denn es obliegt dem Pflegedienst, die formalen Grundlagen für die Erbringung und Abrechnung der häuslichen Krankenpflege der Krankenkasse vorzulegen. Das heißt konkret: Innerhalb von drei Tagen muss die Verordnung vom Hausarzt ausgestellt werden, danach vom Klienten unterschrieben und zum Pflegedienst gebracht werden; dieser bearbeitet den Antrag und schickt ihn an die Krankenkasse. Das alles ist beim besten Willen nicht zu schaffen und verkennt den Alltag. Unsere Klientel ist nicht mobil, und in der Regel müssen wir aus medizinischen Gründen schon tätig sein, bevor der Arzt die Verordnung ausstellen kann, wie ich es Ihnen ja auch vorhin gezeigt habe. Fakt ist: Wenn diese Vorgaben nicht eingehalten werden, wird der Genehmigungszeitraum gekürzt, und dann gibt es weniger Geld. So entgehen den Pflegediensten Jahr für Jahr Tausende Euro für eine gut erbrachte Leistung.

Es wird auch von der Kassenseite nie bestritten, dass die Leistung notwendig ist. Es geht um das Einhalten von Formalitäten, und das ist das, was uns im Arbeitsalltag so viel Zeit und Nerven raubt – ich denke, das ist für alle nachvollziehbar. Wir arbeiten mit den Hausärzten zusammen. Sie stellen die Verordnung aus. Wir sind permanent dabei, nicht korrekt ausgefüllte Verordnungen zu reklamieren. Für den Arzt ist das nur eine Nebensache. Teilweise ist unser Eindruck auch, dass wir schon manchmal peinlich genau, gefühlt kleinlich reklamieren – aber es bleibt am Geld hängen, es wird uns gekürzt.

Als Folge davon – das ist unsere Hypothese – gibt es gewisse kurzsichtige Weichenstellungen, wie die VERAH – die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis: Das soll quasi eine aufsuchende Betreuung zu Hause sein, direkt vom Hausarzt aus, ein haus-

entlastender Dienst. Da haben wir derzeit die Situation, dass es natürlich die Schnittstelle zur Pflege gibt, und die wäre dann z. B., dass die VERAH unter der Woche die Wundversorgung macht und der Pflegedienst abends oder am Wochenende. Das sind Strukturen, bei denen wir uns wünschen würden, dass wir frühzeitig in der Weiterentwicklung solcher Modelle mit eingebunden werden und mit ein Auge darauf haben, dass man hier keine Doppelstrukturen aufbaut. Solche Doppelstrukturen können wir uns alle nicht mehr leisten; wir sind ja eh schon immer an der Grenze zu dem, was uns das Ganze kostet.

Eine weitere Folge im Bereich der restriktiven Praxis durch die Krankenkassen ist, dass viele pflegende Angehörige aufgrund insistierender Kassennachfragen verunsichert werden. Das heißt: Die Sachbearbeiterin der Krankenkasse, die einen Antrag vorliegen hat, ruft bei der Tochter an, ob sie nicht doch morgens um 6 Uhr vor der Arbeit die Mutter aus dem Bett zerren und ihr das Insulin spritzen und die Gummistrümpfe anziehen kann, um dann zur Arbeit zu gehen. Das ist das, was uns so belastet. Wir versuchen dann, das mit den Angehörigen gemeinsam durchzusetzen, aber viele steigen einfach resigniert aus.

Sie fragten in Ihrem vorbereiteten Themenkatalog auch nach vorhandenen Versorgungslücken. Die haben wir definitiv. Die Einführung der DRGs geht zulasten der ambulanten Pflege, ohne dass bei uns die Instrumente angepasst worden wären. Wir haben den § 37 Absatz 1 SGB V – Vermeidung oder Verkürzung des Krankenhausaufenthalts. Mit der Einführung der DRGs gibt es keine Verkürzung mehr. Die Verweildauer im Krankenhaus ist festgelegt; da kann gar nicht abgekürzt werden. Es gibt aber faktisch bei uns mehr „blutige Entlassungen“. Ich gebe zu, das ist etwas zynisch benannt, aber das ist der Jargon. Das heißt: Menschen werden oft nach Hause geschickt und haben einfach noch eine große Wunde, die noch nicht verheilt ist, und brauchen eine Versorgung. Bei unserer Klientel – ältere Menschen – haben wir auch, dadurch, dass sie multimorbid sind, die Situation, dass sie auch pflegerische Unterstützung brauchen. Das gäbe es durch den § 37 Absatz 1 SGB V, aber der darf nicht angewandt werden.

Wir haben weiter eine fehlende Refinanzierung der Leistungserbringung, seit vielen Jahren; Monsignore Appel hat es schon gesagt. Wir haben jetzt – zum 1. März haben wir noch einmal eine tarifbedingte Erhöhung – eine Schere von 7,2 % zwischen Aufwand und Ertrag. Wir haben einen Vollkostenbedarf von 50 bis 60 € pro Stunde. Ich denke, das ist normal, das haben wir überall, in jeder Werkstatt und beim Friseur. Umgekehrt erhalten wir 9,80 € für einen Hausbesuch. Wir brauchen aber im Durchschnitt, über alle Sozialstationen hinweg, sechs bis sieben Minuten Fahrzeit; das müssen Sie noch abrechnen, und ein Invest von 1 €, das ist sicher nicht zu hoch gegriffen. Das heißt: Definitiv hätten wir dann noch 2 € – zwei Minuten – für den Hausbesuch; wir haben da noch nicht „Guten Tag“ gesagt. Da wird deutlich, wie defizitär das Ganze ist.

Unsere Mitarbeiterinnen stehen im Spagat von pflegerischer Notwendigkeit, verlangter Wirtschaftlichkeit und hohem Dokumentationsaufwand. Vielfach ist unsere Pflegefachkraft die Einzige, die noch zu den Menschen nach Hause kommt. Sie wissen, wie viele

Menschen allein leben und einsam sind. Ich denke, es gehört dazu, auch soziale Teilhabe zu gewähren. Oft ist die Pflegefachkraft auch die Einzige, die den pflegenden Angehörigen zuhört.

Das alles bleibt nicht in den Kleidern hängen. Sie haben vom Fehlzeiten-Report gehört. Pflegeberufe werden bei Ausfallzeiten durch Krankheit an zweiter Stelle genannt, über alle hinweg. Vielleicht kennen Sie auch die durchschnittliche Verweildauer im Beruf: Alle fünf bis zehn Jahre „verbrennen“ wir eine Generation von Pflegefachkräften; sie steigen einfach aus. Das ist sozusagen dieser ruhige Rückzug aus dem Bereich – Altenpflege etwas früher, Krankenpflege noch etwas später. Das alles ist so erschreckend, dass wir 2013 diese Kampagne ins Leben gerufen haben und für bessere Rahmenbedingungen kämpfen.

Wir, die Dienste, sagen, dass wir in den letzten Jahren wirklich unsere Hausarbeiten gemacht und alles optimiert haben. Wir arbeiten mit elektronischer Datenerfassung, wir sind im Overhead sehr schlank. Vielleicht haben wir auch überkompensiert, und mehr geht nicht.

Wir haben erreicht, dass wir mit den Krankenkassen in zwei Modellen zur Entbürokratisierung sind. Das sind Schritte in die richtige Richtung, aber wir denken, das alles wird nicht reichen. Unsere Sorge ist, dass wir insgesamt durch diese Krankenkassenpolitik eine zeitlich angemessene und qualifizierte Pflege nicht ermöglichen können und dadurch die Attraktivität des Pflegeberufs deutlich verschlechtern, vor allem auch, was die Gesundheit der Pflegekräfte betrifft.

Ich hätte Ihnen gern noch das Entlassmanagement vorgestellt. Dort haben wir die gleichen Mechanismen. Wir haben hier keine Refinanzierung unserer Kosten – wir, die Sozialstation, haben einen Verbund geschaffen –, weder beim Überleitungsmanagement ins Krankenhaus noch bei der Entlassung zurück; das fehlt definitiv.

Was wir sagen können, ist, dass ein System von struktureller Missachtung und Nichtbeteiligung der Pflege durch die Krankenkassen vorherrscht. Die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen haben das Sagen und bedienen ihre Systeme, und so funktioniert es nicht.

Ich hätte Ihnen gern noch etwas zu notwendigen Weichenstellungen gesagt. Die Pflegekammer ist in der Diskussion; wir begrüßen sie äußerst. Wir, die Pflegenden, wollen, dass die besten Pflegefachkräfte ans Bett kommen. Wir möchten, dass hochqualifizierte Pflegefachkräfte den Bürgerinnen und Bürgern vor Ort zugutekommen. Dafür kämpfen wir, aber das schaffen wir nicht mit Imagekampagnen. Wir bieten Ihnen aufgrund über 40-jähriger Erfahrung an, dass wir gern Konzepte mit Ihnen weiterentwickeln.

Meine vorletzte Folie: „Es geht nur miteinander.“ Dies ist ein Bild von Peter Gaymann aus dem DEMENSCH-Kalender; es geht darum, eine demenzfreundliche Kommune zu

schaffen. Auch in diesen Bereichen sind wir beteiligt. Auf der letzten Folie findet sich auch noch so ein Bild.

Herzlichen Dank. Jetzt bin ich da echt durchgejagt.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Frau Kannen, für Ihren engagierten Vortrag und auch dafür, dass Sie Ihr Wissen mit uns teilen.

Ich habe bisher vier Wortmeldungen registriert.

Sv. Frau Kannen: Da muss ich ganz schnell mitschreiben; das habe ich schon gemerkt.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herr Haußmann, Sie waren dieses Mal der Erste.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Vielen Dank, Frau Kannen. Ich möchte vielleicht zunächst auf einen Punkt eingehen, den Sie aus Zeitgründen nicht mehr erläutern konnten. Sie haben geschrieben, langfristig könnte eine Steuerung auf kommunaler Ebene sinnvoll sein. Ich gebe Ihnen jetzt die Gelegenheit, etwas dazu zu sagen.

Weil ich das jetzt nicht im Detail kenne: Sie haben das Projekt VERAH angesprochen. Wenn Sie vielleicht erläutern, wo da die Problematik ist. Sie haben es kurz angedeutet. Hier noch die Nachfrage zu dem Projekt VERAH.

Dann würde ich auch noch einmal gern das Entlassmanagement abfragen. Wir haben in der letzten Anhörung etwas zu einem Modell aus Australien gehört, wo schon am Beginn des Krankenhausaufenthalts die Entlassorganisation gestaltet wird. Wenn Sie vielleicht auch noch einmal erläutern könnten, was man da konkret tun könnte, damit das tatsächlich nachher reibungslos funktioniert.

Vielen Dank.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Herr Vorsitzender, Frau Kannen! Auch von uns vielen Dank für Ihren Vortrag. Sie haben uns vorgetragen, dass die häusliche Krankenpflege bei den Sozialstationen einen Umsatzanteil von zwischen 40 und 50 % ausmacht. Ich gehe davon aus, dass der Rest den Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung betrifft. Vor diesem Hintergrund: Wie bewerten Sie die aktuelle Ausbildung und die Überlegungen im Hinblick auf die Ausbildung – Stichwort „generalistische Ausbildung“? Brauchen wir mehr Spezialistinnen und Spezialisten nur für die Krankenpflege, für die Grundpflege, oder halten Sie es für sinnvoll, das zusammenzuführen? Diese Frage einfach auch vor dem Hintergrund – was mich erschreckt hat –, dass wir alle zehn Jahre eine Generation an Pflegekräften „verbrennen“. Dem könnten

wir vielleicht auch über die Ausbildung – vielleicht auch noch ein Stichwort zur Akademisierung – mehr Vorsorge tragen.

Vielen Dank.

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Frau Kannen, herzlichen Dank für diesen wirklich sehr informativen Vortrag. Ich schließe an die Thematik meines Vorredners, Herrn Hinderer, an. Sie sagen, der berufliche Verbleib in der Krankenpflege beträgt zehn Jahre. Sie sind Praktikerin, Geschäftsführerin einer Sozialstation. Gibt es da jenseits der Kostenstrukturen für eine Sozialstation Möglichkeiten, etwas zu tun, um vielleicht z. B. die Arbeitsbedingungen in der eigenen Sozialstation zu verändern? Was bräuchte es da an Unterstützung? Das ist die eine Frage.

Das andere ist das Thema, das Sie auch genannt haben: Verwaltungspraxis. Da gibt es ja – auch gerade mit Ihrer Sozialstation – im Moment den Versuch, diese Systematik sozusagen vom Kopf auf die Füße zu stellen und zu verändern. Da würde mich interessieren: Wie ist da Ihr Zwischenstand? Können Sie vielleicht noch einmal kurz erläutern, was mit diesem Modellversuch gemeint ist und ob das erfolgreich ist?

Abg. Dr. Marianne Engeser CDU: Sie sprachen die Doppelstrukturen und Reibungsverluste beim Übergang vom Krankenhaus in die Pflege oder auch umgekehrt an. Sie sprachen auch den Genehmigungszeitraum an, der zu kurz ist. Welchen Vorschlag hätten Sie? Wie kann man das besser strukturieren, damit das Genehmigungsverfahren erleichtert und auch für die Patienten transparenter wird?

Danke schön.

Abg. Manfred Lucha GRÜNE: Frau Kannen, habe ich Sie richtig verstanden, dass es eine Differenz von 7 % zwischen Ausgaben und Ertrag gibt und diese nicht gedeckt ist? Da wäre meine Frage: In welcher Form kommt das neue Pflegestärkungsgesetz bei Ihnen jetzt schon an?

Habe ich Sie richtig verstanden, dass Sie in der Arbeitsorganisation zwischen der SGB-V-Leistung und der SGB-XI-Leistung Synergien erzielen können, oder haben Sie da solche bürokratischen Hemmnisse, dass Sie das gar nicht gemeinsam anwenden können?

Dann ist noch die Frage: Erleben Sie den MDK als hilfreich, als vorsorglich und unterstützend prüfend oder als eingrenzend prüfend, sodass Sie quasi immer mit der drohenden Sanktion leben müssen?

Ist die tatsächliche ärztliche Verwaltungspraxis auf Ihre Bedürfnisse ausgerichtet oder eher schlampig bis, sagen wir einmal, anschaufend?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Kollege Lucha. – Ich darf von hier oben ja keine Fragen stellen; deswegen einen ganz besonderen Dank für die vorletzte Frage, die Frage zum MDK. – Aber die Kollegin Wölfle hat noch Fragen.

Abg. Sabine Wölfle SPD: Frau Kannen, ich habe eine Frage zu etwas, das Sie nicht genannt haben, und zwar aufgrund einer Erfahrung, die ich vor drei Jahren gemacht habe, als ich einmal einen ganzen Tag Mitarbeiter der Sozialstation begleitet und mir den Alltag angeschaut habe. Daraus resultieren zwei Fragen. Zum einen habe ich dort festgestellt, dass es sehr große Unterschiede gibt, ob ich in einer Stadt soundso viele Klienten am Tag habe oder ob ich im Schwarzwald erst einmal eine Stunde von A nach B fahre. Mir wurde auch erzählt, im Winter geht es teilweise nur zu Fuß weiter, wenn man kein Allradfahrzeug hat. Diese Kosten bleiben ja auch voll bei der Sozialstation hängen.

Das Zweite war – das hat mich persönlich sehr berührt –, dass überall auch Damen aus dem Ausland saßen, sehr viele Rumäninnen, die kein Deutsch sprachen. Das ist das Thema „Ausländische Fachkräfte“. Wir haben es eben schon einmal kurz angesprochen. Hier scheint mir ganz besonders sichtbar zu sein, dass dort, wo die Sozialstationen hinkommen, diese Frauen sitzen und dass sie überhaupt keine pflegerische Ausbildung haben. Wie sehen Sie da die Zusammenarbeit, auch aufgrund der sprachlichen Hemmnisse?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Frau Kannen, es sind viele Fragen. Wir harren Ihrer Antworten.

Sv. Frau Kannen: Ich fange vorn an. Herzlichen Dank für Ihre Fragen und auch dafür, dass ich die Möglichkeit habe, nicht Gesagtes noch zu sagen. Ich sehe perspektivisch – gerade, weil wir auch im Rahmen der HKP, der häuslichen Krankenpflege, aber auch im Rahmen der Pflegeversicherung Leistungen der Daseinsvorsorge erbringen, sprich den Menschen soziale Teilhabe ermöglichen, Brücken bauen, Netzwerke weiterentwickeln, mit Wirtschaftsbetrieben zusammen unterwegs sind, auch im Rahmen von Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – eine große Notwendigkeit, die aus meiner Sicht doch recht einseitige Steuerung durch die Krankenkassen und durch die Pflegeversicherung herunterzubrechen auf die Ebenen, auf denen man noch erfahrbar ist. Herr Haußmann, Sie hatten die entsprechende Frage gestellt.

Es wird sicher noch länger brauchen. Ich sehe auch derzeit die Kommunen in der Form noch nicht aufgestellt. Aber ich sehe ein hohes Interesse bei den Kommunen. Ich weiß auch, dass viele Bürgermeister sehr viel Not mitbekommen, weil die Strukturen für uns und auch für die Bürger nicht zufriedenstellend sind. Perspektivisch müssen wir meines Erachtens in diese Richtung kommen. Wir hatten das früher schon, wir hatten auch früher überall runde Tische. Ich habe ja gesagt: Ich bin seit 33 Jahren in diesen Bereichen unterwegs. Wir haben über die Professionalisierung, durch die Einführung eines Marktes, der keiner ist – das ist ja die Pflegeversicherung –, durch die Hintertür erreicht, dass sich die Kommunen aus den Bereichen zurückgezogen haben, und das kann nicht

sein. Auch wir, die Pflegedienste – auch ich als Krankenschwester von Haus aus –, haben durch Professionalisierung gesagt: „Lasst uns das machen; wir können das am besten“ und haben ignoriert, dass wir alle Beteiligten brauchen. Es braucht nicht nur die fachlich fitte Krankenschwester; ich brauche den Bürger, die Nachbarin, ich brauche den Bürgermeister, der weiß, wie man die Dinge ändern kann. Ich bin mir nicht sicher. Wir selbst sind in Strukturen. Wir haben Staufen und Münstertal, sehr kleine Gemeinden, und Bad Krozingen mit 20 000 Einwohnern.

Ich bin mir noch nicht ganz sicher, wie solche Körperschaften aussehen können, weil es da oft auch nicht unbedingt ein ganz einfaches Miteinander gibt. Aber aus meiner Sicht führt kein Weg daran vorbei.

Ich hatte vorhin als ein Beispiel zu VERAH ausgeführt. Die anderen heißen übrigens MoNI, AGnES, EVA – es sind lauter Frauennamen – oder neu auch NäPA. Das sind die Versorgungsassistentinnen des Hausarztes. Das ist ein großes Projekt – Kooperation der AOK mit der hausärztlichen Vereinigung. Damit wollte man natürlich – das macht auch Sinn – die Hausarztpraxis auf dem Land stärken. In vielen Bereichen sage ich ganz klar: Das braucht es auch. Aber wir haben eben die Schnittstelle zu einer flächendeckenden hochqualifizierten ambulanten Pflege. Ich hätte mir, ehrlich gesagt, gewünscht, dass man vorher miteinander spricht. Die Millionen, die jetzt seitens der AOK in das Projekt hineingekommen sind, führen eher zu Konkurrenzen und zu anderem. Das ist das, was wir bislang recherchiert haben. Im Rahmen unserer Kampagne möchten wir das angehen.

Dann hatten Sie die Frage zu dem Entlassmanagement gestellt. Ich kenne den Ansatz aus Australien – der steht übrigens, soweit ich weiß, auch bei uns leitend darüber –, dass die Entlassung quasi mit dem ersten Tag, der Aufnahme beginnt. Wir, die Sozialstation, machen unsere Hausarbeiten. Wir haben einen PiA-Verbund, wir haben mit 16 Sozialstationen eine Entlasspflege organisiert; wir nennen sie „Überleitpflege“, denn der Weg geht ins Krankenhaus und wieder nach Hause. Sobald einer unserer Klienten ins Krankenhaus kommt, gibt es direkt ein Fax an unsere Überleitstelle und ans Krankenhaus. Die Daten gehen sofort weiter: Welche Medikamente braucht jemand? Dieser ganze Bereich. Aber auch: Wie ist das häusliche Umfeld? Das heißt: Es ist eine pflegerisch-medizinische Überleitung im Rahmen dessen, was wir wissen. Die 16 Sozialstationen bringen hier jährlich 180 000 € auf, und wir haben da keine Refinanzierung. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ein Entlassmanagement aufzubauen; teilweise läuft das, teilweise nicht. Aber es geht ja darum, dass wir immer wieder auch sektorenübergreifend schauen müssen. Wir können nicht schauen, wer die stärkste Lobby hat, und ihm das Geld geben.

Zur generalistischen Ausbildung: Ich bin ein Fan der generalistischen Ausbildung. Wir haben in der ambulanten Pflege hochkomplexe Anforderungsprofile: Krebskranke mit einer Portversorgung, mit großen Bauchwunden. Viele Menschen wollen ja auch nach Möglichkeit gar nicht ins Krankenhaus und werden zu Hause versorgt. Ich sehe aber auch, dass wir künftig viele Menschen brauchen werden, die die Pflege machen. Ich bin

einfach eine Verfechterin dessen, zu sagen: jeder nach seinen Qualifikationen. Wir brauchen alle. Wir brauchen akademisierte Pflege, gerade auch, um Strukturen zu verändern. Wir brauchen auch Häuptlinge, die mit Ihnen diskutieren – ich selbst habe auch studiert – und mit Ihnen und auch mit den Kommunen zusammen uns weiterentwickeln. Beim demografischen Wandel sind wir ja noch ganz am Anfang, wenngleich wir in Krozingen – da, wo ich herkomme – dem schon vorausmarschieren.

Das heißt also: Ich sehe das als sehr hilfreich an. Wir haben in unserer Einrichtung der ambulanten Pflege 70 % Krankenpflegerinnen und 30 % Altenpflegerinnen – wobei mich oft ärgert, was für Unterscheidungen gemacht werden. Sie haben beide spezifische Schwerpunkte in ihrer Ausbildung und haben auch einen bestimmten Grund dafür gehabt, in den einen oder in den anderen Bereich zu gehen. Ich finde, wir sollten das nicht gegeneinander ausspielen, sondern wir sollten uns dafür einsetzen, dass wir fundierte Ausbildungen haben, die eine Durchlässigkeit ermöglichen und die auch ermöglichen, dass ich in der ambulanten Pflege eine Pflegeexpertin mit Zusatzqualifikation „palliativ“ auch refinanziert bekomme. Wir haben so etwas. Wir haben akademisiert; ich habe auch einen Pflegewissenschaftler bei uns. Aber ich habe die Refinanzierung nicht. Das heißt: Es ist anders als im Facharztsystem. Im Bereich der Pflege haben wir da keine Unterscheidung.

Verbleib im Beruf, Arbeitsbedingungen, Unterstützung durch die Politik, Frau Mielich: Was machen wir? Lange Jahre hatten wir in der Sozialstation Südlicher Breisgau nicht wirklich Probleme. Obwohl wir ja auch in Richtung Schweiz arbeiten, haben wir es gut geschafft, auch Pflegefachkräfte bei uns zu gewinnen. Ich denke, es gibt einige Dinge, die wir sicher schon sehr früh gemacht haben. Aber nichtsdestotrotz haben wir letztes Jahr im Herbst mit Schrecken festgestellt, dass wir nicht mehr aussuchen konnten und auch selbst Versorgungslücken produzierten, weil wir Anfragen nicht mehr bedienen konnten.

Wir haben über die Jahre hinweg einiges gemacht. Sie haben vorhin von der Teilzeitquote gesprochen. Bei uns besteht die Möglichkeit, auch Vollzeit zu arbeiten; das finde ich ganz wichtig. Ich habe nämlich festgestellt: Die Leute suchen sich sonst drei Jobs, um zu überleben; was das an Kräften kostet, das können wir uns alle vorstellen. Wir haben zwei Leitlinien für uns: betriebliches Gesundheitsmanagement und das leitende Konzept der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Das Ziel ist, dass Menschen über die Rente hinaus gesund bleiben. Wir bieten unseren Mitarbeitern gegen einen ganz geringen Beitrag von 15 € an, dass sie Angebote im Bereich Firmenfitness wahrnehmen; alle Fitnesscenter der Umgebung können sie mit nutzen.

Wir bieten ihnen aber auch die Möglichkeit – darüber sind wir sehr froh; da sind wir einer der ersten Pflegedienste deutschlandweit –, ein flexibles Zeitwertkonto zu führen. Gerade in der Pflege schaffen wir es ja gar nicht mehr bis zur Rente oder brauchen auch zwischendrin bezahlte Auszeiten für Kindererziehung etc. Wir haben jetzt den Schritt in diese Richtung gemacht.

Ich bin gespannt. Wir werden für das Image, für die Attraktivität des Berufs viel tun müssen. Wir versuchen auch, mit „Mama-Touren“ den Stress von jungen Müttern ein bisschen abzufedern, indem sich zwei Frauen bzw. Männer gegenseitig vertreten, wenn ein Kind krank wird usw. Da sind wir konzeptionell unterwegs.

Ich könnte mir gut vorstellen, dass die Politik die Modelle, die es gibt, einfach noch mehr kommuniziert. Ich erlebe oft, dass es in den Betrieben nicht bekannt ist, bzw. andersherum, dass der Alltag so übermächtig ist. Nach dem, was ich Ihnen vorhin geschildert habe, können Sie sich vorstellen: Da fehlt auch für das Management der Pflegeeinrichtungen oftmals die Zeit, um Konzepte auf den Weg zu bringen. Wir brauchen natürlich auch Rahmenbedingungen, damit solche Dinge dann auch mit refinanziert werden.

Mittlerweile haben wir übrigens gerade eine Warteliste von Fachkräften. Das haben wir – ich klopfe schnell auf Holz – noch nie gehabt.

AOK-Projekt: Wir sind mit der Katholischen Sozialstation Freiburg, mit der AOK Südlicher Oberrhein in einem kleinen Projekt zur Entbürokratisierung. Das Projekt ist gut. Wir haben wieder ein Stück Vertrauen gewonnen. Das Antrags- und Genehmigungsverfahren der HKP findet nicht in einem Klima von Misstrauen statt. Das ist ja das, was die meisten Situationen prägt. Wir schaffen es in dem Rahmen, auch deutlich schlanker voranzumarschieren. Vom vdek gibt es auch ein Projekt; da erwarten wir jetzt im April die Auswertung. Ich weiß, dass man Probleme hatte, Hausärzte zu finden, die mitmachen. Also auch da wieder: sektorenübergreifend. Unser großes Anliegen wäre es – da brauchen wir, denke ich, sicher auch politische Unterstützung –, da weiterzumarschieren. Wir brauchen da auch Unterstützung, indem Sie runde Tische mit uns und den Krankenkassen moderieren. Da hätte ich sonst die Sorge, dass dieses doch recht gute Projekt verpufft.

Im vdek-Programm hat man z. B. probiert – das war ja eine andere Frage von Ihnen –, auch Vorbehaltsaufgaben direkt der Pflege zu geben. Das heißt: Wenn der Hausarzt die Verordnung nicht korrekt ausfüllt – ich traue mich jetzt gar nicht, eine Zahl zu nennen; das wird ja alles aufgezeigt –, dann dürfen wir auf der Rückseite pflegerelevante Diagnosen draufschreiben. Der Hausarzt impliziert oft z. B. bei Parkinson, dass derjenige die Medikamente nicht mehr selbst nehmen kann. Wir dürfen in diesem Rahmen die pflegerelevanten Diagnosen mit draufschreiben. Es gibt auch Tätigkeiten, in die wir einsteigen dürfen und dieses Antragsverfahren entschleunigt laufen lassen. Das sind Schritte in die richtige Richtung; so stelle ich mir eine vertrauensvolle Zusammenarbeit vor.

Pflegestärkungsgesetz: Ich hatte mich jetzt mehr auf die häusliche Krankenpflege konzentriert, weil wir auch da in der Kampagne sind. Im Rahmen der häuslichen Krankenpflege haben wir diese Differenz der Tarifschere, also nicht im Rahmen des SGB XI. Im Rahmen des SGB XI haben wir übrigens in Baden-Württemberg – das ist ein Novum – im Rahmen der Kampagne Einzelverhandlungen geführt und haben deutlich höhere Ertragszugeständnisse bekommen als das, was sonst ausgehandelt wurde, weil im

Rahmen der Einzelverhandlung auch genau geschaut wurde: Wie viel Zeit braucht man für die einzelnen Module? Wir hatten teilweise Steigerungen um bis zu 111 %.

MDK: Der ist gut und schön, aber er spielt relativ wenig eine Rolle. Der ist im Einstufungsverfahren da. Es sei denn, Sie sprechen die HKP an; da merken wir: Er überprüft quasi die Notwendigkeit der ärztlichen Verordnung seitens der Krankenkassen. Das ist noch nicht viel einfacher geworden, als es früher war. Da merken wir, dass wir sehr viel zu liefern und auch sehr viel Kommunikationsbedarf haben.

Zur Frage von Frau Wölfle. Oder soll ich nicht mehr?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Wenn Sie noch kurz antworten wollen.

Sv. Frau Kannen: Stadt und Land: Im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gibt es hier, was Fahrwege betrifft, bei uns keinen Unterschied. Das hat uns alle selbst überrascht. Man hat in der Stadt einfach viel Verkehr, und man hat die ganzen hohen Häuser ohne Aufzug usw. Da kann ich schlichtweg sagen: Da merken wir, was das betrifft, nichts. Es sind unterschiedliche Probleme.

Was die osteuropäischen Fachkräfte betrifft: Ich hoffe, dass die auf mich nachfolgenden Rednerinnen etwas dazu sagen.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen herzlichen Dank, Frau Kannen.

Wir kommen nun zu Eva-Maria Armbruster. Das Rednerpult und das Mikrofon gehören Ihnen, Frau Armbruster.

Sv. Frau Armbruster: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, liebe Zuhörerinnen und Zuhörer! Es wurde schon gesagt: Ich bin Vorsitzende der Liga der freien Wohlfahrtspflege, ursprünglich aber eingeladen worden für das Diakonische Werk Württemberg; von daher ist das auch im Engeren mein Fokus heute für diesen Input. Ich bedanke mich, dass ich diesen Input leisten darf.

Zur Diakonie Württemberg gehören etwa 240 Diakonie-Sozialstationen mit 13 700 Mitarbeitenden. Wir versorgen in diesem Bereich etwa 24 000 Menschen in Württemberg. Dazu kommen zahlreiche Nachbarschaftshilfen, Kooperationen mit offenen Angeboten z. B. auch der Kirchengemeinden und an zahlreichen Orten Krankenpflegevereine, die die Arbeit unterstützen und auch in erheblichem Umfang finanziell fördern.

Ich habe meinen Input in acht Thesen gegliedert. Die erste heißt: Die Bevölkerung erwartet mehr von der ambulanten pflegerischen Versorgung, als diese unter den derzeitigen Rahmenbedingungen tatsächlich leisten kann.

Die rastlose, nimmermüde Gemeindegeschwester in der ambulanten Pflege, die Sozialstationen, die in den Siebziger- und Achtzigerjahren flächendeckend eingeführt wurden – das war bedarfs- und bedürfnisorientierte Versorgung, und so haben wir sie vielleicht auch noch im Kopf. So erwarten wir sie, und in vielen Teilen brauchen wir sie auch. Aber so gibt es sie nicht mehr, und nur gut war sie ja auch nicht, die gute alte Zeit.

Die Wirklichkeit der pflegerischen Versorgung im Land ist eine grundlegend andere geworden. Aus der „Schwester“ wurde die professionelle Pflegerin. Gerade die Pflege – Frau Kannen hat es ausgeführt – hat in den Achtzigerjahren auch für die Anerkennung als Fachprofession gekämpft. Sie hat Qualitätsnormen gefordert und eingeführt, die sich dann einige Jahre später in den inzwischen viel gescholtenen Qualitätsrichtlinien der Pflegeversicherung wiedergefunden haben. Erstmals wurden Leistungsmodulare der Grundpflege erstellt und an Preise geknüpft. Der Gesetzgeber hat ganz bewusst den Wettbewerb unter den Pflegeanbietern eingeführt. Leistungsempfänger können heute zwischen Anbietern und ihren Angeboten wählen. Dies ist eine durchaus begrüßenswerte Weichenstellung einerseits.

Andererseits hat diese Weichenstellung zu einer Umstellung des Systems und zu einer Ausrichtung der ambulanten Pflege an marktwirtschaftlichen Prinzipien geführt; Frau Kannen hat sie gerade im Einzelnen eindrücklich geschildert. Ambulante Dienste müssen heute notwendige und sinnvolle Angebote der Betreuung und Pflege im wirtschaftlichen Korsett der Refinanzierbarkeit erbringen. Das entspricht nicht unserer Vorstellung von Pflege. Eine zugewandte Grundhaltung, Konzentration bei der Arbeit, genügend Zeit für ein kurzes Gespräch – was die Gemeindegeschwester damals ganz selbstverständlich leistete, ist durch diese Entwicklung teilweise verloren gegangen. Permanente Touren und Einsatzoptimierung sind Belastungen, unter denen Pflegekräfte zunehmend leiden.

Die Arbeitssituation der Mitarbeitenden ist genauso wichtig für Qualität und Zufriedenheit wie die genannte gute Ausbildung, regelmäßige Fort- und Weiterbildungen und eine gute Arbeitsorganisation. Damit können wir die gute ambulante Pflege im Land auch in Zukunft sichern.

Lange Zeit haben vor allem die kirchlichen Sozial- und Diakoniestationen, aber natürlich auch andere gemeinnützige Anbieter im Land versucht, diese Prinzipien trotz des wachsenden ökonomischen Drucks durchzuhalten. Bis heute stehen diese Dienste für eine gute pflegerische Grundversorgung. Doch wir müssen alle zur Kenntnis nehmen, dass die Spielräume für gute Arbeitsplätze in der Pflege enorm eng geworden sind. Wenn wir heute bestehende Strukturen stabil halten und die Unmittelbarkeit der Hilfe im Sinne dieses alten Ideals wiederherstellen wollen, dann müssen wir einiges anders organisieren.

Zweite These: Die Beratung und Informationen müssen verbessert, Hilfeangebote besser koordiniert werden.

Für die Gemeindeschwester war das keine Frage. Sie kontaktierte ganz selbstverständlich den Hausarzt, die Apotheke, das Krankenhaus, kümmerte sich um notwendige Pflegehilfsmittel, schickte jemanden aus der Kirchengemeinde vorbei, um die ihren Mann pflegende Frau zu entlasten.

Heute stehen Pflegebedürftige und vor allem Angehörige vor unzähligen unterschiedlichen Hilfsmöglichkeiten. Die sozialgesetzlichen Leistungen sind vielfältiger, umfangreicher und damit aber auch unüberschaubarer geworden. Ein gutes Beispiel ist die neueste Pflegeversicherungsreform – Pflegestärkungsgesetz I –, bei der Leistungsansprüche gerade in der Betreuung und Entlastung deutlich ausgebaut wurden, was wirklich nur zu begrüßen ist. Gleichzeitig sind aber die Vorschriften und Wahlmöglichkeiten so kompliziert, dass auch wir, die Fachleute, im Moment dabei sind, uns einen Überblick zu verschaffen, und mit Extraschulungen aller Art versuchen, uns auf eine angemessene Beratung einzustellen und vorzubereiten.

Baden-Württemberg hat schon in den Neunzigerjahren mit den sogenannten Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen – kurz: IAV-Stellen – auf kommunaler Ebene einen guten Weg eingeschlagen. Mit dem Argument, die Beratung sei Aufgabe der Pflegekassen, hat man sie leider wieder aus den Förderprogrammen genommen. Heute, einige Jahre nach Einführung der Pflegestützpunkte, sehen wir, dass die im Land bestehenden regionalen Pflegestützpunkte bei Weitem nicht ausreichen, um den Beratungsbedarf auch nur annähernd zu decken. Beratung muss leicht zugänglich, niederschwellig und deshalb vor allem wohnortnah angeboten werden. Betroffene und Angehörige brauchen unkomplizierte Informations- und Beratungsmöglichkeiten, von der Wohnraumgestaltung bis zum Pflegefall. Wir sollten also künftig Informations- und Versorgungsnetze aufbauen, in denen sich die unterschiedlichen Anbieter zusammenschließen und Beratung und Information bündeln.

In anderen Ländern gibt es das Konzept des „Primary Nursing“. Möglicherweise wäre auch das ein Ansatz für uns, Hilfe und Pflege effektiver zu gestalten. Heute ist dies nur schwer möglich, da – wie wir hörten – nur die Leistungen von den Krankenkassen refinanziert werden, die direkt der Erfüllung des leistungsrechtlichen Anspruchs dienen und die diese betreffen. Jedoch: Nicht alle Menschen bekommen SGB-XI-Leistungen – auch das haben wir gerade gehört –, manche eben „nur“ SGB-V-Leistungen.

In jedem Fall: Wenn wir weiterkommen wollen, meine ich, müssen wir nach Wegen suchen, auf denen alle Leistungsanbieter voneinander wissen und aufeinander verweisen können. Dies setzt eben voraus, dass Pflegedienste, Ärzte, Krankenhäuser und andere Leistungsanbieter in regelmäßigem Kontakt zueinander stehen und gebracht werden.

Dritte These: An der kommunalen Koordination der ambulanten Angebote führt unseres Erachtens kein Weg vorbei.

Bei der Information über Pflegeangebote und deren Abstimmung sollten die Kommunen idealerweise eine koordinierende Rolle übernehmen. Viele haben bereits eine koordinierende Funktion und verknüpfen Hilfeangebote, ehrenamtliche Initiativen und professionelle Dienste. Gerade unter dem Aspekt der Daseinsvorsorge – wer lebt wie lange im eigenen Haushalt? – müssen nachbarschaftliche und familiäre Ressourcen gestützt, entwickelt und gefördert werden.

Es ist falsch, die Informationsbedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger allein den Kranken- und Pflegekassen zu überlassen. Diese können naturgemäß nur einen Ausschnitt der Alltagswirklichkeit und des Versorgungsbedarfs hilfebedürftiger Menschen erfassen.

Vierte These: Ambulante Pflege ist, gemessen an den Erwartungen, die sie erfüllen soll, strukturell unterfinanziert.

Solange allein Einsparungszwänge der gesetzlichen Sozialversicherungssysteme die Entwicklung der Leistungsangebote dominieren, können gute Arbeitsbedingungen in der Pflege nicht geschaffen werden, mit allen Wirkungen auf die Versorgungsqualität – und das trotz aller Anstrengungen der Dienste selbst; das möchte ich auch noch einmal betonen.

Ambulante Pflegedienste finanzieren sich zum überwiegenden Teil aus Leistungserträgen der Kranken- und Pflegeversicherung. Die behandlungspflegerischen Leistungen müssen zusätzlich ärztlich verordnet werden. Im Gegensatz dazu wählt der betroffene Mensch Leistungen der Pflegeversicherung nach vorheriger Beratung selbst aus; er entscheidet sich. Aber viele ambulante Pflegedienste sind nur dann wirtschaftlich, wenn sie „im Paket“ innerhalb eines Hausbesuchs Leistungen erbringen können. Die Planung solcher Leistungen muss differenziert nach einzelnen Leistungsbereichen gemacht werden – von dem Aufwand, der damit verbunden ist, haben wir gerade schon gehört –, und die Mitarbeiter sind nicht in allen Leistungsbereichen gleichermaßen einsetzbar. Sie können sich vorstellen, dass dahinter dann eine komplizierte Einsatz- und Tourenplanung steckt.

Die leistungsrechtliche Unterscheidung ist zwar, für sich gesehen, logisch. Der ausschließliche Bezug zur unmittelbar erbrachten Pflegeleistung führt jedoch dazu, dass sich die Leistungen für Pflegedienste nur dann wirtschaftlich erbringen lassen, wenn noch anderes, auch Selbstbezahltes hinzukommt.

Zeiten für die Pflegeplanung und die Dokumentation, die fachlich und haftungsrechtlich zwingend sind, oder Zeiten für die Hilfskoordination bei allein lebenden Menschen werden über die Leistungsvergütungen nicht refinanziert, ebenso wenig der eigentlich immer vorhandene Bedarf des einzelnen Menschen an einem Gespräch, an Klärung, an Zuwendung oder an einer kleinen Handreichung.

In diesem Sinn ist die „ideale“ Struktur der kirchlichen und freigemeinnützigen Dienste gefährdet. Von der Nichtanerkennung der Tariflöhne haben wir gehört. Das führt zu einer wirtschaftlich angespannten Situation, in der sich Pflegedienste mehr und mehr auf die Kernleistungen konzentrieren.

These 5: Qualifiziertes Personal ist nur durch gute Bedingungen zu finden und zu halten.

Diesen Fachkräftemangel, von dem wir gehört haben, spüren wir unterschiedlich – an manchen Stellen und Orten eher als an anderen. Wichtig ist – da sind wir uns, denke ich, alle einig –: Die Quantität und die Qualität bei den Fachkräften sicherzustellen ist eine enorme Herausforderung für unsere Dienste. Ein zentraler Faktor ist, qualifiziertes Personal zu gewinnen. Bei der ambulanten Pflege kommt dazu, dass diese Menschen sehr selbstständig und auch sehr verantwortlich arbeiten müssen. Das erfordert Qualifikation, das erfordert Erfahrung. Das erfordert auch einen guten Weitblick, und dafür muss in der Ausbildung natürlich die Grundlage gelegt, aber hier muss auch angeleitet und begleitet werden.

Meine sechste These: Im ländlichen Raum werden sich viele Konflikte und Engpässe schneller zeigen als in den dicht besiedelten Ballungsräumen.

Baden-Württemberg ist ein Flächenland, und hier gibt es einige Ballungsräume. Wir wissen und spüren: Die jüngeren Menschen zieht es vom Land in die Stadt. Ich halte es für wahrscheinlich, dass aufgrund dieser Abwanderung das Angebot an qualifizierten Pflegekräften auf dem Land schneller abnehmen wird. Heute bereits werden Arztpraxen auf dem Land weniger und werden dort Krankenhäuser geschlossen. Für die ambulante pflegerische Versorgung bedeutet dies, dass die Zahl der zu versorgenden alten Menschen zunehmen wird. Wege werden länger, und der Koordinierungsaufwand im Einzelfall steigt.

Ein Patentrezept dagegen ist nicht einfach zu finden. Ich denke, wir brauchen auf der Landesebene und in den Regionen Gespräche und Konzepte. Hier gehören alle an einen Tisch – die Ärzte, die Kassen, die Kommunen und natürlich auch die Pflegedienste. Zu einem notwendigen Netzwerk gehören auch die Kirchen. Wir bieten Infrastrukturen an, und wir organisieren seit Generationen Nachbarschaftshilfe und die solidarische Unterstützung durch Krankenpflegevereine.

Siebte These: Eine gute Pflege vor Ort braucht lokale Partnerschaften und zivilgesellschaftliches Engagement.

Die Babyboomer-Generation nähert sich dem Alter, in dem die eigenen Kräfte nachlassen. Ein Blick auf die Alterspyramide macht uns schnell klar, dass Pflege, Betreuung und Alltagsunterstützung in Zukunft nicht allein mit professionellen Diensten zu bewälti-

gen sein werden. Wir werden im Vorfeld und Umfeld der Pflege sehr viele Menschen brauchen, die sich bürgerschaftlich engagieren.

Trotzdem gilt: Pflegen kann nicht jeder. Qualifizierte Pflege ist etwas anderes als eine bürgerschaftlich-nachbarschaftlich erbrachte Hilfe. Die Vermutung, zwangsläufig kostspieligere professionelle Leistungen könnten wir durch die Leistung Freiwilliger ersetzen, ist eine Illusion. Es ist vielmehr notwendig, dass wir die bereits vorhandenen Initiativen, bürgerschaftlich tätige Organisationen und professionelle Angebote vernetzen: Tagespflege, Pflegedienste, kirchliche Besuchs- und Betreuungsgruppen, Gruppen, die sich um die Entlastung von Angehörigen kümmern, usw. Als Konsequenz aus dieser Notwendigkeit müssen wir in den Aufbau, in die Unterhaltung, nicht zuletzt in die Koordination dieser Angebote und in die Qualifizierung bürgerschaftlich und ehrenamtlich Engagierter investieren.

Baden-Württemberg hat in den letzten Jahren hier einen guten Weg eingeschlagen. Wir müssen diesen Weg gerade unter den Vorzeichen der genannten Entwicklungen konsequent fortsetzen.

Meine achte und letzte These: Ohne verlässliche Daten ist eine gute pflegerische Infrastrukturplanung nicht möglich.

Bei der Ausarbeitung dieses Vortrags ist mir wieder einmal aufgefallen, dass es viel zu wenig verlässliche Daten über die voraussichtliche Entwicklung des ambulanten pflegerischen Bedarfs im Land gibt. Im Bereich der stationären Pflege ist die Datenlage etwas besser. Doch es ist ziemlich schwer, z. B. für Kommunen mit 5 000 Einwohnern Bedarf und Entwicklungen einigermaßen realistisch einzuschätzen, weil die Daten nicht entsprechend ausgewertet werden.

Für die betroffenen Kommunen und die Träger der Pflegedienste heißt dies: Im Augenblick macht jeder mehr oder weniger einen Blindflug, was die Planung zukünftiger Leistungsangebote und Personalpolitik angeht. Bisher hat das einigermaßen gut funktioniert, denn der Bedarf ist ständig gewachsen und wird weiter steigen. Doch gerade mit Blick auf die Versorgung im ländlichen Raum wird es zunehmend schwerer, aufgrund von Planungsdaten Angebote und eine vorausschauende Personalplanung zu entwickeln. Ich meine, hier liegt eine Aufgabe der regionalen und kommunalen Planung im Sinne der oft genannten Daseinsvorsorge. Meine Forderung an dieser Stelle ist es deshalb, im Land eine aussagekräftige Pflegeberichterstattung einzuführen, die die Entwicklungstrends regelmäßig erfasst, damit Kommunen und Landkreise, aber auch die Träger sich rechtzeitig auf die Folgen des demografischen Wandels einstellen können.

Das Fazit: „Zurück zur Gemeindegeschwester“ – das ist selbstverständlich kein Ansatz für eine moderne häusliche Pflege, und das will auch niemand. Die kirchlichen Sozialstationen sind heute ein gut vernetzter, professionell organisierter Akteur mit haupt- und ehrenamtlich getragenen Angeboten. Gerade im ländlichen Raum sind sie häufig die relevanten Pflegedienste. Die Erwartungen an die ambulanten Dienste sind hoch, ihre

Kompetenz und Leistungsbereitschaft sind beeindruckend. Gerade kirchliche Träger haben einen hohen Anspruch an sich selbst und pflegen mit Herz. Sie brauchen unser aller Lobby, nicht Misstrauen, sondern Vertrauen und die planvolle Einbindung in ein funktionierendes Versorgungssystem, damit sie sich künftig wieder mehr vom reinen Leistungserbringer hin zum gemeinwesenorientierten Angebotsgestalter vor Ort weiterentwickeln können. In diesem Sinn brauchen wir ein Bündnis für die häusliche Pflege.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Frau Armbruster. – Frau Schiller.

Abg. Jutta Schiller CDU: Vielen Dank, Frau Armbruster. Sie haben etwas allgemein gesprochen: Neue Wege in der Pflege werden benötigt, um die Grundversorgung dauerhaft sicherzustellen. Ich hätte da gern ein paar konkretere Informationen von Ihnen, zumal Sie vorhin auch gesagt haben, Sie fordern quasi, dass sich die Leistungsanbieter zusammenschließen und bündeln. Da wir ja konkurrierende Einrichtungen haben, würde ich mir gern von Ihnen wünschen, dass Sie mir schildern, wie das gehen soll.

Danke.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Frau Armbruster, vielen Dank für den Vortrag. Ich habe eine Frage und Bitte um Ergänzung zum Stichwort „Beratung und Koordination“. Sie haben, wie wir auch, die Einstellung der Förderung der von Helga Solinger ins Leben gerufenen IAV-Stellen bedauert und im Anschluss daran auch infrage gestellt, dass die Pflegestützpunkte diese Aufgabe übernehmen können. Welche Stärkung brauchen die Pflegestützpunkte, damit sie den Beratungsbedarf tatsächlich erfüllen können. Welche Möglichkeiten sehen Sie, dass gegebenenfalls die Pflegestützpunkte die von Ihnen geforderte verbesserte Koordination der ambulanten Pflege bewerkstelligen können?

Abg. Bärbel Mielich GRÜNE: Frau Armbruster, herzlichen Dank für diesen wirklich sehr aussagekräftigen Vortrag. Er hat uns, glaube ich, ein ganzes Stück weitergebracht. Sie sprechen u. a. an, dass Sie in Ihrer Prognose davon ausgehen, dass z. B. die ländlichen Versorgungsstrukturen eher wegbrechen werden als die in den Ballungszentren. Es gibt ja verschiedene Antworten auf diese prognostizierte Unterversorgung. Eine solche Antwort könnte sein, dass man viel stärker in den Einsatz telemedizinischer Vorgaben geht. Da gibt es z. B. jetzt gerade im Bereich der Pflege ein ganz besonderes Modellprojekt in Nordrhein-Westfalen und entsprechende Verträge, sodass Pflegekräfte in unmittelbarer Rücksprache mit Ärzten aktiv werden können. Das wäre z. B. so eine Frage. Wie schätzen Sie das ein? Wäre das eine Antwort auf drohende Unterversorgung im ländlichen Raum?

Das Zweite ist, dass wir den Bereich der Palliativversorgung noch zu wenig beleuchtet haben, der ja auch im Rahmen der häuslichen Krankenpflege eine Rolle spielt. Da möchte ich Sie gern fragen, ob Sie dazu noch etwas sagen können.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Frau Armbruster, eine Frage zu den Pflegestützpunkten. Wir haben derzeit 48 Pflegestützpunkte. Wenn man die Auswertungen sieht, gibt es aber erhebliche Unterschiede. Teilweise gibt es Pflegestützpunkte, die gerade einmal 24 Klientinnen und Klienten pro Monat haben; andere sind bei bis zu 250. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, sprechen Sie sich aber auch, bevor man diese Pflegestützpunkte noch weiter aufstockt, eher dafür aus, zu kommunalisieren, weiter herunterzubrechen. Das wäre für mich noch einmal wichtig.

Ein zweiter Punkt: Sie haben die Datenlage angesprochen. Jetzt haben wir natürlich sehr gute Daten über die Demografie und die voraussichtliche Entwicklung hinsichtlich pflegebedürftiger Menschen. Es wäre ja ein weiteres Feld, das noch einmal weiter herunterzubrechen. Wenn ich das richtig gelesen habe, sehen Sie da auch das Land in der Pflicht – also nicht die Kommunen, sondern was die Datenerhebung anbelangt, ist das eine Sache, die vom Land aus vorgegeben werden sollte.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Frau Armbruster.

Sv. Frau Armbruster: Herzlichen Dank für Ihre Fragen. Ich fange einfach vorn an. Frau Abg. Schiller, Sie fragten nach den neuen Wegen der Grundversorgung, wie man die gehen könnte. Da war mir wichtig und ist mir jetzt noch einmal wichtig, zu betonen: Die Sozialstationen und die Pflegedienste könnten einiges tun, wenn sie sich nicht aus diesem wirtschaftlichen Druck heraus nur auf die im engeren Sinn refinanzierten Leistungen konzentrieren müssten. Die Grundversorgung ist ja mehr als eine Aneinanderreihung von Minuten, die dem Einzelnen zur Verfügung stehen. Das ist das eine Thema.

Das andere, was wir auch noch einmal anschauen müssten: Wir haben durchaus Unterschiede in der Leistungsfähigkeit auch der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zu beachten. Die Frage: „Was kann sich jemand selbst dazukaufen und leisten?“ ist z. B. auch eines der Kriterien. Wir beobachten natürlich, dass sich Pflegedienste dann, wenn der Druck zu groß ist, mehr auf die Personen konzentrieren, bei denen sie vielleicht noch zusätzliche Leistungen generieren können. Das ist irgendwie die logische Folge dieser wirtschaftlichen Situation, dieses Drucks. Gerade wir, die kirchlichen Dienste, stehen ja als gemeinwesenorientierte Anbieter auch in der Pflicht und wollen ein Stück weit die Grundversorgung erhalten.

Das habe ich gemeint – das würde ich unterstützen wollen – mit dieser Koordination und mit der Organisation, die wir verbessern müssen, damit dem wieder mehr Raum zukommt vor Ort. Das Bild, das wir haben, ist ja auch dieses Primary-Nursing-Konzept: Eine Schwester oder ein Pfleger kommt und sorgt sich um die gesamte Situation dieses Menschen, den er antrifft, und organisiert und begleitet und kontrolliert und wertet das auch wieder aus und passt das an. Das ist das Thema Grundversorgung.

Kooperation und Konkurrenz: Die Konkurrenz ist da. Ich halte es auch für gut, dass man aus verschiedenen Pflegeanbietern auswählen kann. Das ist überhaupt keine Frage. Wir können und wollen das Rad auch nicht mehr zurückdrehen; das ist eine Errungenschaft. Ich glaube aber, die Dienste vor Ort haben auch schon gelernt, Kooperationen einzugehen. Die Not, die auf uns zukommt, weil wir ja die Versorgung gewährleisten wollen, wird uns lehren, das zu tun. Nur: Wir brauchen die entsprechenden Strukturen, die diese Kooperation fördern. Auch da gilt noch einmal das Gesagte: Wir brauchen schlicht und ergreifend auch die Zeit, in solche Netzwerke zu gehen. Wenn sich die ambulanten Dienste mehr auf die Kernleistungen konzentrieren, fehlt auch diese Zeit.

Herr Hinderer, Sie hatten die Beratung und die Koordination durch die Pflegestützpunkte angesprochen. Das war ja auch eine Ihrer Fragen, Herr Haußmann. Es ist so, dass die 48 Pflegestützpunkte, die wir im Land haben, absolut wichtig sind und mit Sicherheit auch eine wirklich hervorragende Arbeit leisten. Wenn Sie sich aber allein die Landkarte ansehen und sich Baden-Württemberg geografisch vorstellen, dann stellen Sie sehr schnell fest, dass nur ein Pflegestützpunkt im Landkreis natürlich bei Weitem nicht ausreicht. Das reicht nicht, um auch nur annähernd eine adäquate Beratung zu ermöglichen. Deswegen müssen aus meiner Sicht die Pflegestützpunkte flächendeckend ausgebaut werden. Das ist das eine.

Die Einzugsbereiche der einzelnen Pflegestützpunkte sind unterschiedlich. Daher rühren vielleicht auch die Zahlen, die sich in den Klientenzahlen ausdrücken. Ein einzelner Einzugsbereich kann z. B. in Pforzheim 116 000 Menschen umfassen, und in Freiburg sind es 229 000; das wurde ja vom KDA evaluiert. Hinzu kommen natürlich auch hier die Probleme mit der Wegstrecke. Denken Sie nur an die flächenmäßig sehr ausgedehnten Landkreise, wie Reutlingen, den Rems-Murr-Kreis und andere.

Schon allein dies spricht zum einen für mehr Pflegestützpunkte. Aber eine gute Beratung alter und hilfebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen darf beim Pflegestützpunkt allein nicht haltmachen, sondern sie muss in der Raumschaft, vor Ort wohnortnah stattfinden, und sie muss den Blickwinkel über die Kassenperspektive hinaus weiten; das habe ich vorhin darzustellen versucht. Das ist eine zwingende Forderung, die wir an dieser Stelle haben.

Die Pflegestützpunkte funktionieren auch dort gut, wo eine Kommune den Stützpunkt unter ihre Fittiche nimmt und sagt: „Wir bedienen uns des Pflegestützpunkts, haben aber auch noch unsere IAV-Struktur oder unsere gerontopsychiatrischen Beratungsdienste ein Stück mit aufrechterhalten, und wir koordinieren das.“ Dann ist der Pflegestützpunkt ein wichtiger Faktor, ein wesentlicher Bestandteil. Aber wir dürfen es nicht den Pflegekassen allein überlassen.

Frau Mielich, Ihre Frage zu den ländlichen Strukturen und zu den telemedizinischen Möglichkeiten: Ich glaube, wir brauchen, wenn wir die Zukunft bewältigen wollen, alle Fantasien und alle Möglichkeiten, die wir nutzen können, um das im ländlichen Raum überhaupt noch aufrechtzuerhalten, und da ist Telemedizin eine der Möglichkeiten. Wir

stehen da aber noch am Anfang der Erfahrungen. Das ist, denke ich, wichtig. Wir haben im Moment auch noch eine andere Generation, die für diese neuen technischen Möglichkeiten vielleicht nicht ganz so affin ist.

Frau Kannen, Sie haben es vorhin gesagt: Manchmal ist die Schwester oder der Pfleger der Einzige, der am Tag vorbeikommt. Wir müssen hier noch einmal gut überlegen. Das Thema Vereinsamung dürfen wir nicht vergessen. Da kann natürlich ein Telekontakt ein wichtiges Element sein, aber auf jeden Fall nicht alles.

Die Palliativversorgung – auch noch eine Ihrer Fragen – liegt uns sehr am Herzen. Teilweise wurde ja jetzt die spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Netzen aufgebaut und gut ausgebaut. Quasi alle unsere Pflegedienste haben spezialisierte Pflegefachkräfte dazu ausgebildet. Das muss man einfach sagen. Das heißt: Wir haben die Qualifikation in den Diensten da. Aber auch hier fehlt natürlich dieser Blick für die gesamte Situation des Menschen und auch seiner Angehörigen, seiner Familie. Wir erleben ja vielfach, dass gerade auch die Nachfragen nach den stationären Hospizen deutlich zunehmen. Ich denke, es wäre es wert, diese Palliativversorgung genauer anzuschauen, die spezialisierte Versorgung auch weiter zu fördern. Alle unsere Dienste arbeiten z. B. mit Hospizgruppen zusammen oder haben sogar selbst welche vor Ort mit aufgebaut. Auch hier gilt es, wirklich dieses gesamte Feld der Nachbarschaft und des bürgerschaftlichen Engagements koordiniert und planvoll weiterzuentwickeln.

Die Frage zu den Pflegestützpunkten habe ich hoffentlich so weit beantworten können.

Herr Haußmann, noch einmal zur Datenlage. Die Datenlage brauchen wir lokal. Das war eine meiner Aussagen. Die Globaldaten helfen uns an dieser Stelle relativ wenig, weil – das zeigt sich im stationären wie im ambulanten Bereich – die örtliche Situation äußerst heterogen und unterschiedlich ist. Da ist die Größenordnung von 5 000 Einwohnern pro Gemeinde auch wieder nur ein Anhaltspunkt. Wenn wir sozialräumlich denken, stellen sich sofort die Fragen: Wie weit ist die nächste Stadt entfernt? Wie ist der öffentliche Personennahverkehr ausgebaut? Usw. Das heißt: Es müssen viele Informationen sozialplanerisch miteinander vernetzt werden, um ein wirkliches Bild und damit auch Reaktionsmöglichkeiten oder Aktionspläne vor Ort ableiten zu können. An dieser Stelle sind wir ziemlich dünn aufgestellt und würde es sich lohnen, noch einmal hinzuschauen.

Ich möchte wirklich, weil ich es auch von Haus aus persönlich sehr engagiert vertrete, für die Sozialplanung werben und eintreten. Wir haben im Moment in der Pflege ein System, dass durch die Regulierungen eine Infrastruktur entsteht, also nicht durch Planung und durch die Überlegung: Wie wollen wir in Zukunft auch das eigene Alter gestalten, und wie wollen wir hier vor Ort versorgt sein? Vielmehr werden wirtschaftliche und ordnungspolitische Regulierungen aneinandergereiht. Das ist, wie wenn Sie so eine Stanze haben: Wenn die einen gewissen Rahmen hat, dann kommt halt immer ein gewisses System heraus. Ich glaube, wir stehen jetzt an dem Punkt, an dem wir merken,

dass wir es zu sehr fragmentiert haben und dass wir schauen müssen, wie es planvoll im Sinne der Bürgerinnen und Bürger wieder zusammengebracht werden kann.

Herzlichen Dank.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herzlichen Dank, Frau Armbruster.

(Beifall)

Ich darf jetzt Sie, Frau Pletowski, ans Rednerpult bitten.

Sv. Frau Pletowski: Sehr geehrter Herr Vorsitzender Rüeck, sehr geehrte Damen und Herren! Herzlich willkommen, und vielen Dank für die Einladung. Ich möchte mich gern vorstellen. Mein Name ist Susanne Pletowski. Ich bin seit mehr als 30 Jahren examinierte Krankenschwester und betreibe seit mehr als 20 Jahren als Unternehmerin zusammen mit meinem Mann und unserem Sohn ambulante Dienste in Baden-Württemberg.

(Die Rednerin begleitet ihren Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 3*.)

60 000 Bürger werden hier in Baden-Württemberg von den ambulanten Diensten versorgt. Ich habe Ihnen hier aufgezeigt: Was sind die wesentlichen Leistungsbereiche in der ambulanten Pflege? Ich muss nach 20 Jahren auch betonen, dass die ambulante Pflege, die Fachkraft sich in dieser Zeit sehr entwickelt hat. Wir haben mittlerweile das Intensivzimmer und das Krankenhaus zu Hause, speziell in der häuslichen Intensivpflege, was wir selbst und viele andere Kollegen auch als Dienst betreiben. Da gibt es natürlich sehr aufwendige Versorgungen; das betrifft Patienten im Wachkoma oder Beatmungspatienten. Die Fachkraft und auch insbesondere die Altenpflegefachkraft tragen hier einen großen Teil dazu bei, diese Menschen in diesem Umfang zu Hause zu versorgen.

Ich möchte das im Zusammenhang mit der generalistischen Ausbildung einfach noch einmal erwähnen: Die Altenpflegefachkräfte haben in den Bereichen, was Krankenhausleistungen anbelangt, immens aufgeholt und dazugelernt. Wir brauchen diese Menschen heute, um die Bevölkerung zu versorgen.

Die Versorgung durch ambulante Pflegedienste wird in Baden-Württemberg derzeit schon zu 51,5 % von privaten Einrichtungen sichergestellt. Wir haben nicht die Größe der Kopfzahl, aber mittlerweile ist mehr als die Hälfte im ambulanten Bereich in privater Trägerschaft. Problematisch – was meine Vorredner ja auch schon kundgetan haben – ist die Umsetzung in der psychiatrischen Krankenpflege und auch in der Palliativversorgung. Hohe Anforderungen der Kassen ermöglichen uns nicht, diese Leistungen zu erbringen. Wir können diese Fachkräfte nicht in dem Maß ausbilden, wie es laut Verträgen notwendig wäre, um das zu bewerkstelligen.

Zu geringe Vergütungen natürlich auch in diesen Bereichen. Die Kassen lassen da überhaupt nicht mit sich reden. Wir haben Fachkräfte drei, fünf und mehr Jahre ausgebildet, teilweise Akademiker, und müssen uns dann mit geringen Vergütungen abfinden, über die natürlich die Gehälter nicht bezahlt werden können.

Ich möchte hier noch einmal ergänzen, weil auch „Tarife“ immer das Thema war: Wir Privaten sind natürlich teilweise nicht im Tarif gebunden. Aber wir können es uns nicht erlauben, weniger zu bezahlen; sonst bekommen wir die Fachkräfte nicht. Tarif hin oder her: Da sitzen wir alle in einem Boot.

Die Kinderintensivpflege, die immer mehr in den Vordergrund tritt, auch aufgrund der technischen Möglichkeiten in der Intensivversorgung, wird teilweise von den Krankenkassen dahin gehend torpediert, dass sie Entlassungen nicht ermöglichen, weil sie in den Einzelverhandlungen auf unsere Vergütungsvorstellungen nicht eingehen. Die Kinder müssen dadurch unnötig lang in den Krankenhäusern verweilen.

Die Versorgungssituation mit den Hausärzten und hier speziell auch die VERAH: Wir sind dagegen. Ganz klar: Nein. Und zwar aufgrund dessen, weil wir hier diese Schnittstellenproblematik sehen, genauso wie meine Vorrednerin. Es kommt zu ungeschickten Überschneidungen. Wir sind die „Lückenbüsser“ in der Versorgung; wir übernehmen die Zeit, die die anderen nicht machen. Absprachen fallen uns schwer, die Zusammenarbeit ist schwierig. Wir, die ambulanten Dienste, haben, auch in Baden-Württemberg, immens viele Pflegeberater ausgebildet. Diese Pflegeberater werden heute gezielt – ich komme darauf noch einmal im Bereich Pflegestützpunkte zurück – im Bereich der Beratung eingesetzt. Wir sind rund um die Uhr da und können die Kunden individuell und angemessen sehr schnell beraten.

Die Finanzierung der ambulanten Dienste stellt sich, wie schon gesagt, sehr schwierig dar. In den Verhandlungen verhandeln bezogen auf die Krankenkassenleistungen die Liga für sich und die Privaten für sich. Jetzt können Sie sich natürlich das Spannungsfeld vorstellen und die Trickereien, die da stattfinden: „Die machen so, dann müsst ihr auch so.“

Das grundsätzliche Problem – ich denke, das trifft uns alle, auch die Liga – ist die Grundlohnsummensteigerung. Das Argument: Es gibt nicht mehr als 2,57 % – so viel ist es, glaube ich, dieses Jahr –, damit die Beitragsstabilität nicht gefährdet ist. Das können wir nicht bewältigen. Auch wir haben die steigenden Personal- und Sachkosten. Wenn dann jetzt, über Entscheidungen von Schiedsstellen vorgegeben, mehr bezahlt werden muss, dann geht die Krankenkasse her und klagt gegen den Schiedsspruch. Hier gibt es auch schon Gesprächstermine mit Frau Altpeter, die an die Kassen appelliert hat und darauf hingewiesen hat: „Es ist eine Entscheidung; liebe Kassen, akzeptiert das.“ Es läuft, glaube ich, mit der Liga dahin gehend noch ein Verfahren.

Die Finanzierung der häuslichen Pflege belief sich 2013 auf 2,37 % der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen. Wenn man dem das gegenüberstellt, was die Verwal-

tungskosten der Krankenkassen anbelangt, ist das ein ganz geringer Anteil. Wenn wir die ambulante Pflege ausbauen wollen – wir müssen sie ausbauen –, muss da viel mehr Geld zur Verfügung gestellt werden.

Das Genehmigungsverhalten der Krankenkassen – es wurde auch schon von vielen Seiten angesprochen –: Alte, pflegebedürftige Menschen werden der Willkür der Krankenkasse ausgesetzt. Sie müssen sich einmal vorstellen: Der Arzt genehmigt die Verabreichung von Augentropfen für eine Patientin, und die Kasse lehnt ab; der Ehemann mit Parkinson soll der Frau die Tropfen geben. Das heißt: Pflegebedürftiger pflegt Pflegebedürftigen. Wo ist da die Unterstützung? Diese Menschen werden alleingelassen. Es kommt zu immensen unnötigen Verfahren über die Sozialgerichte, was natürlich auch die Kosten ansteigen lässt. Ich frage: Warum eigentlich? Man kann doch Leistungen für die Menschen nicht ablehnen und dann noch unnötig die Kosten hochtreiben.

Der Papierkrieg: Das Schlagwort ist „Entbürokratisierung“. Ich habe seit dieser Woche einen ausgebildeten Multiplikator. Wir werden das Projekt vorantreiben. Der Papierkrieg zermürbt uns. Ich kann Ihnen sagen – das ist meine eigene Erfahrung –: Eine Pflegekraft hat kein erotisches Verhältnis zu Papier. Wir wollen am Patienten arbeiten. Ich scheue es noch heute nicht, selbst Hand anzulegen. Ich weiß, was draußen läuft. Ich plane die Touren, und ich fahre die Tour auch selbst. Von daher: Nicht immer nur schreiben und schreiben, sondern wir wollen diese Zeit mit dem Kunden verbringen und diesen entsprechend sehr gut versorgen. Von daher halte ich Entbürokratisierung für einen sehr guten Ansatz, auch von der politischen Seite. Daran müssen wir aber mit vereinten Kräften noch arbeiten.

Ich habe diese Woche den MDK im Haus gehabt, und ich habe das Gefühl, das ist noch nicht so angekommen. Die müssen sich erst einmal noch umstellen. Das heißt: Wir müssen uns auch alle zusammen hier an einen Tisch setzen und den MDK dazu bringen, das auch im Sinne dessen umzusetzen.

Datenträgerabrechnung: Auch dies ist ein Problem. Die Abrechnung wird schon seit Jahren über Verträge verlangt. Die AOK hat darauf zugegriffen und sagt: „Lieber Pflegedienst, du rechnest jetzt mit uns über Datenträger ab. Wenn du es nicht machst, zahlst du 5 % von deinem verdienten Geld zurück.“ Wir haben alles angeschafft – Hardware, Software, Updates, immer wieder Geld investiert; wir müssen das ja regelmäßig aktualisieren. Die Ersatzkassen sagen: „Nein, das machen wir nicht; dazu sind wir nicht in der Lage.“ Ich frage mich: Was ist das für ein Verhältnis? Wir müssen es leisten, und der Vertragspartner lehnt sich da zurück und übt auch eine gewisse Macht aus. Das ist eine Frechheit. Auch hier muss die Politik verstärkt auf die Kassen einwirken.

Pflegeberatung über die Pflegestützpunkte: Da sind auch wir, der bpa, immer wieder dagegen gewesen. Wir sind auch heute dagegen, weil wir aus der Erfahrung heraus – nach dem, was in der Vergangenheit passiert ist und geboten worden ist – nicht zufrieden sind. Wir haben immer gesagt: Pflegeberatung kann der Dienst mit seiner qualifi-

zierten Pflegeberatungsfachkraft selbst leisten. Wir sitzen am Patienten, wir gehen nach Hause – Tag und Nacht –, wir zeigen, wie ein Hilfsmittel genutzt werden kann. Das macht der Pflegestützpunkt nicht; da hört die Beratung vor der Haustür auf.

Ich sehe hier den Ansatz sehr wohl auch im Entlassmanagement. Da muss man mit Pflegeberatung anfangen und die Dienste hineinholen, damit, bevor der Patient nach Hause kommt, zu Hause alles geregelt ist. Ich finde es eine Farce, dass das KDA, das diese Pflegestützpunkte ja „erfunden“ und evaluiert hat – – Da ist keine Neutralität. Ich schaue doch meine eigenen Projekte nicht so kritisch an wie ein Außenstehender. Ich finde, dass man mehr auf die ambulanten Dienste setzen und da diese Dinge wirklich aufgreifen sollte. Einen Ausbau der Pflegestützpunkte befürworte ich nicht.

Ebenso das Problem, das Sie genannt hatten: Die Pflegekassen kommen in der Form der Beratungspflicht nicht nach. Aber es ist auch ganz klar: Was der Versicherte nicht weiß, kostet kein Geld; so einfach ist das. Da sind wir halt diejenigen, die immer wieder die Finger in die Wunde halten.

Ich sage Ihnen eines: Verhinderungspflege und Betreuungsleistung nach § 45 SGB XI wurden in der Vergangenheit, aktuell nur bis zu 50 % genutzt. Die Pflegekasse geht her und suggeriert den Versicherten: „Ihr müsst diese Leistung beantragen und genehmigen lassen.“ Das ist von Gesetzes wegen völlig falsch. Hier sind natürlich die Verhinderung und der Sparzwang immer wieder gegeben.

Dann haben wir die Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI – vielleicht auch ganz interessant –, für die wir eine geringe Vergütung – 22 und 32 € – bekommen und die natürlich die Versicherten auch als Kontrolle empfinden. Ich denke, da muss man auch einmal schauen, ob man das Ganze nicht ein bisschen anders gestaltet, damit der Versicherte auch Vertrauen zu uns hat und die Leistung entsprechend auch offener wird in der Form, wie wir hingehen. Wir gehen hin, können für diesen Betrag hinein, unterschreiben und gehen wieder.

Die generalistische Ausbildung haben wir angesprochen. Ich bin für den Erhalt der Altenpflege. Die Altenpflege muss es weiter geben, sonst fehlen uns in Zukunft 33 % an Altenpflegeausbildungsplätzen, und das hebt natürlich die Fachkraftproblematik nicht auf.

Ich überspringe jetzt etwas.

Pflegekammer: Ganz klar nein. Viele Kritikpunkte haben wir, der bpa, eingebracht, weil wir sagen: Ich möchte nicht, dass meine Mitarbeiter zwangsweise für etwas bezahlen, dessen Notwendigkeit wir aus bestimmten Gründen nicht sehen.

Zum Schluss – ich hätte noch vieles zu sagen, aber ich denke, es gibt ja auch noch Fragen –: Wir können stolz sein, dass wir in Baden-Württemberg solche Strukturen ha-

ben und das auch mit sehr viel Herzblut und auch den finanziellen Möglichkeiten geschaffen haben. Wir brauchen nicht zusätzliche Kosten wie durch VERAH, Pflegekammer, Pflegestützpunkte. Das Geld wird aufgefressen und kommt nach meiner langjährigen Erfahrung im Endeffekt nicht da an, wo es sein sollte.

Meine Devise ist: Schenken Sie den zugelassenen Diensten und ihren Mitarbeitern das Vertrauen. Wir haben alle gute Arbeit geleistet. Der MDK zeigt das auch; das Ergebnis ist ja in Baden-Württemberg: sozusagen Top 1, Führer mit 1,2. Und entlasten Sie uns in der Bürokratie. Schaffen wir die finanziellen Rahmenbedingungen dafür, dass ambulante Pflege weiter wachsen kann, damit die Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg auch weiterhin gut versorgt sind.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rück: Vielen Dank, Frau Pletowski.

Mir liegen jetzt schon fünf Fragen vor. – Herr Hinderer.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Frau Pletowski, vielen Dank für den Vortrag und für Ihre pointierten Forderungen. Ich habe eine konkrete Frage und eine eher etwas allgemeine. Noch einmal zum Stichwort Beratung: Sie stellen die Arbeit der Pflegestützpunkte infrage. Sehen Sie nicht die Notwendigkeit, dass es auch eine neutrale Beratung geben muss, jenseits der geschäftspolitischen Interessen, die jeder Pflegedienst einfach mitbringt?

In diesem Zusammenhang auch: In welcher Form sind Ihre Pflegeberater ausgebildet, um diese „neutrale“ Beratung auch anbieten zu können?

Dann waren sich, glaube ich, alle Sachverständigen einig in der Klage über die unzureichende Finanzierung aus SGB-V- und SGB-XI-Mitteln. Sie haben auch die reflexartige Beklagung von Schiedsstellensprüchen durch die Kassen angemahnt. Ihre Aussage „Wir brauchen viel mehr Geld für die ambulante Pflege“ ist, glaube ich, Konsens bei den Sachverständigen. Wie bringen Sie das Geld in die ambulante Pflege? Durch Umverteilung aus anderen Systemen – stationär, Prävention oder Reha? Oder brauchen wir tatsächlich mehr Geld im System, sprich eine deutliche Erhöhung der Beiträge?

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Herzlichen Dank für Ihren Vortrag. Sie haben das Thema Kinderkrankenpflege und auch ambulante Kinderkrankenpflege angesprochen. Da möchte ich gern nachfragen. Sie haben gesagt, es passiert tatsächlich, dass Kinder länger in den Krankenhäusern bleiben, als sie eigentlich müssten, weil die Krankenkassen mit Ihnen keine für die Krankenkassen zufriedenstellenden Vergütungsabschlüsse machen. Da würde mich interessieren, ob Sie dazu noch etwas ausführen könnten.

Abg. Jutta Schiller CDU: Vielen Dank für den Vortrag. – Ich hätte zwei Fragen. Erstens: Sie haben vorhin – bestimmt auch zu Recht – den bürokratischen Aufwand bemängelt. Welche Ideen hätten Sie denn, um diesen zu reduzieren?

Die zweite Frage bezieht sich auf den Pflegestützpunkt: Was müsste nach Ihrer Meinung am Pflegestützpunktkonzept geändert werden – eventuell eine andere personelle Ausstattung –, damit das harmonischer mit Ihnen bearbeitet werden kann? Wir haben vorhin von der Bündelung der Leistungsträger gesprochen, was ein guter Ansatz ist. Ich hatte jetzt eher so ein bisschen den Eindruck, Sie sehen es als Konkurrenz. Vielleicht könnten Sie darüber einfach zwei, drei Sätze verlieren.

Danke.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Frau Pletowski, Sie haben gerade bei dem Thema „Bürokratie, Genehmigungsverhalten“ von einem „Multiplikator“ gesprochen, den Sie eingesetzt und ausgebildet haben. Da würde es mich interessieren, wenn Sie das Thema Multiplikator noch einmal erläutern könnten.

Vorsitzender Helmut Walter Rück: Als letzte Fragestellerin Frau Kollegin Wölfle.

Abg. Sabine Wölfle SPD: Vielen Dank. – Frau Pletowski, Sie haben sich gerade sehr klar gegen die generalistische Ausbildung ausgesprochen. Daher meine Frage: Würden Sie mir zustimmen, dass es in der Alten- und Krankenpflege längst Schnittstellen gibt, sprich: dass es in der Altenpflege natürlich auch darum geht, dass immer mehr hochbetagte Menschen in die Pflegeeinrichtungen kommen, die teilweise auch Krankenpflegebedarf haben – z. B. wenn jemand einen künstlichen Darmausgang hat, etc.? Denn wir wissen, dass heute das Durchschnittsalter immer weiter nach oben geht, die Krankenpflege automatisch damit einhergeht, umgekehrt in den Krankenhäusern auch sehr viele hochbetagte Menschen versorgt werden müssen und die Krankenpfleger sehr wenig Ahnung haben, wie sie z. B. mit an Demenz oder an Alzheimer erkrankten Menschen umgehen. Da haben wir Schnittstellen und müssen in der Ausbildung auch darauf reagieren.

Vorsitzender Helmut Walter Rück: Viele Fragen, die auf Antworten warten, Frau Pletowski.

Sv. Frau Pletowski: Ich fange von oben an. Herr Hinderer, Pflegestützpunkt: Ich hatte die Notwendigkeit angesprochen, warum wir gegen den Pflegestützpunkt sind. Es gibt die Leistung nach § 45 SGB XI. Diese Leistung ermöglicht im Pflegeversicherungsbereich, dass wir unsere Klientel zu Hause ganz gezielt beraten und schulen können. Wir, die ambulanten Dienste, haben – das ist auch bei der Liga so – zusätzliche Verträge, über die wir dann auch unsere Mitarbeiter, die diese Leistung erbringen, ausbilden lassen. Es sind Fachkräfte mit einer zusätzlichen Qualifikation, und es sind die Praktiker, die tagtäglich auch draußen am Bett der Kunden stehen und das beurteilen können.

Ich würde diesen Bereich mehr ausstatten und auch fördern. Wenn von einem Pflegestützpunkt Menschen zur Beratung zu uns geschickt werden, habe ich oft vieles noch aufzuarbeiten. Teilweise sind es nicht die Fachkräfte und kennen sie die häusliche Situation nicht. Da fehlt auch die Praxis in der Form.

Ich selbst bin im Entlassmanagement in einer Klinik bei uns vor Ort tätig und mache das Überleitungsmanagement. Ich finde, dass man hier, vielleicht auch im Bereich „Soziale Dienste“, mehr tun muss, damit die Entlassung, quasi die Versorgung zu Hause mit der Aufnahme schon geregelt ist. Das ist eigentlich der Nationale Expertenstandard. Also: Die Pflegeberater gibt es, und sie sollten auch diese Leistung erbringen können.

Zur unzureichenden Finanzierung und zur Schiedsstelle: Die Situation ist die, dass die Kassen – – Ich glaube, wir haben eine Erfolgsquote von etwa 86 % in der Ablehnung und den darauf folgenden Widerspruchsklagen. Für unzureichende Finanzierungen – sprich: auch der Stundensatz; vorhin war auch die Familienpflege im Gespräch – haben wir keine Schiedsperson. Ich möchte das vielleicht einfach noch einmal mit auf den Weg gegeben. Die Schiedsperson schaut sich die Zahlen an und schaut auch: Wie war die Grundlohnsummensteigerung der letzten Jahre? Daran sieht dann die Schiedsperson: „Die Kassen haben in den letzten Jahren zu wenig bezahlt.“ Die Schiedsperson legt dann den aktuellen Vergütungssatz fest.

Die Kassen sind damit in der Regel bzw. manchmal nicht einverstanden. Obwohl das Schiedsverfahren eine rechtliche, dargestellte juristische Entscheidung ist – da beißt die Maus keinen Faden ab –, wagt die Kasse den Schritt vor Gericht. Das zieht sich dann unnötigerweise in die Länge, natürlich auch zum Leidwesen der Einrichtung, denn die verweigern auch die Bezahlung dieser Leistungsvergütungen. Von daher muss eigentlich da noch einmal eingewirkt werden: Schiedsverfahren sollten vermieden werden, aber wenn es einen Schiedsspruch gibt, dann sollten sich die Kassen daran halten.

Finanzielle Mittel: Da war jetzt die Frage: Brauchen wir mehr Geld im System? Da sage ich: Ja. Das wird so sein. Wir dürfen nicht von heute auf morgen denken. Wir müssen in Zehn-Jahres-Schritten bis 2050, 2060 denken. Bei dem Rückgang der Zahlungsmöglichkeiten in soziale Versicherungssysteme, bei der Altersarmut – sprich: Sozialhilfeempfänger – werden wir weder bei der Krankenkasse noch im Pflegeversicherungsbereich mit den heutigen Mitteln auskömmlich hinkommen. Es wird sich abzeichnen, dass wir in den nächsten Jahren mehr Geld brauchen, um die Leistungen anbieten zu können, unsere Mitarbeiter bezahlen zu können und damit natürlich auch der Versicherte ein Stück weit etwas davon hat.

Frau Mielich, Kinderkrankenpflege ist ein sehr sensibles Thema. Da werden hochkarätige Fachkräfte – sprich: Kinderkrankenpflegekräfte mit Zusatzqualifikationen – beschäftigt, die entsprechend nicht nur ein fachliches, sondern sogar ein psychologisches Know-how mitbringen müssen. Sie müssen auch permanent geschult werden, und es müssen Supervisionen stattfinden, denn das Spannungsfeld „krankes Kind und Eltern“ ist äußerst schwierig. Da bewegen wir uns bei einem Stundensatz von, sage ich jetzt

einmal, 40 bis 45 €. Das ist die Schmerzgrenze bei den Krankenkassen. Das ist aber nicht auskömmlich, weil dahinter natürlich sehr viel investiert wird, um die Versorgung sicherzustellen und die Eltern zu entlasten.

Diese Sätze werden von den Kassen natürlich nicht akzeptiert. Die AOK zahlt derzeit im Kinderintensivbereich 35 €. Jetzt überlegen Sie sich einmal, was das eigentlich heißt: Wir tragen das Geld hin, es ist ein Durchlaufposten. So finden Sie das durchweg im System, mit den finanziellen Problemen.

Die Kinder könnten entlassen werden, wenn die Zusage der Kasse auf dem Tisch läge; so lange müssen sie im Krankenhaus bleiben.

Frau Schiller, zum bürokratischen Aufwand, Ideen: Vieles ist schon angesprochen worden. Einmal haben wir jetzt natürlich das Projekt „Entbürokratisierung“ mit der Dokumentation; das ist ein Segen für uns. Wir haben das Problem des Ordnungsmanagements, das im Vorfeld ja auch schon von den Kollegen angesprochen wurde. Ich befürworte das Modell, das derzeit läuft, und ich wünsche mir, dass das auf alle übergreift – dass wir auch selbst entscheiden: Ist es notwendig oder nicht?

Ich wünsche mir ein Stück weit auch, was die Prüfungswut anbelangt – Ich habe es diese Woche mit dem MDK gehabt. Die sind von morgens um halb neun bis abends um halb sieben da gesessen und haben Sachen abgefragt, bei denen ich sage: „Hallo? Das ist ja eigentlich alles da.“ Aber jeder verfügt über unsere Zeit, ohne zu überlegen: Können wir die nicht besser einsetzen?

Das muss man einmal ganz klar sehen: Wir leisten uns einen sehr geringen Verwaltungsapparat – gerade im ambulanten Bereich –, wir optimieren, wir setzen sämtliche technischen Möglichkeiten ein, wir fördern, wir bilden unsere Mitarbeiter weiter, damit es ein Zahnrad ist, das funktioniert. Da brauchen wir Unterstützung, und nicht, dass immer nur draufgepackt wird: „Ihr müsst noch das und jenes machen.“ Sondern: „Setzt euch mit uns an den Tisch, damit wir das miteinander besprechen.“

Pflegestützpunkte, personelle Ausstattung: Das sind Sozialversicherungskaufleute, Sozialpädagogen; auch Personen aus dem Versicherungsbereich dürfen diese Aufgabe übernehmen. Mein Problem bei den Pflegestützpunkten ist, dass sie nicht neutral sind. Sie sprachen von den Kommunen. Kommune – das ist alles recht schön und gut, aber unsere Kommune betreibt nebenbei ambulante Dienste und Pflegeheime, und die nehmen jetzt den Pflegestützpunkt auf. Wir haben das jetzt also über die Kommune zentralisiert, und da sehe ich keine Neutralität. Das war das Problem, das es in der Vergangenheit auch in anderer Form gab oder vielleicht jetzt – von Land zu Land – in Baden-Württemberg so gestaltet ist.

Es muss neutral sein, und nicht im Eigeninteresse. Deswegen favorisiere ich natürlich: Ich mache eine Überleitung im Krankenhaus auch neutral; da, wo der Patient hin will,

darf er auch hin; ich tue ihn nicht einvernehmen. Aber das fällt in mancher Hinsicht manchen Einrichtungen noch sehr schwer. Wir haben genug zu arbeiten für die Zukunft; da brauchen wir nicht um unsere Kunden Angst zu haben.

Herr Haußmann, „Multiplikator“ heißt: Wir haben das Projekt „Entbürokratisierung“ gestartet. Ziel ist, dass Herr Laumann – die Pilot- und Projektgruppe – bis Ende 2016 25 % der Einrichtungen im Bereich „Entbürokratisierung, Dokumentation“ auf dem Niveau hat, dass die das umgestellt haben. Hierzu werden, glaube ich, ca. 300 Multiplikatoren in Baden-Württemberg ausgebildet. Das macht einmal der bpa – also der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste – und die Liga. Wir sind da federführend in dem Thema unterwegs. Der Kollege Wipp sitzt ja hier; er beteiligt sich auf Bundesebene.

Der Bund ermöglicht uns die Ausbildung des Multiplikators. Der Multiplikator muss dann, neben unserer Einrichtung – das ist meine Mitarbeiterin – noch zehn weitere Einrichtungen, sprich: Multiplikatoren, ausbilden, plus Reflexionstage, Beratung usw. usf., damit die Einrichtungen zukünftig in der Lage sind, diese Umstellung zu bewältigen. Das wird nicht gerade ein Spaziergang sein, denn man muss sich darüber im Klaren sein: Wir brauchen Projektplanung, wir brauchen eine Zeitschiene, man braucht Strukturen, man muss die Mitarbeiter sukzessive an das Thema heranzuführen, die EDV-Spezialisten müssen sich darauf einstellen, wir haben Software gekauft. Dann, denke ich, brauchen wir mindestens ein Jahr, bis das rundläuft.

Ich kann nur jeder Einrichtung raten, diese Chance zu nutzen, Multiplikatoren ausbilden zu lassen; dann haben sie es selbst in der Hand, dieses Thema schnell voranzutreiben, weil das eine immense Ersparnis ist. Das ist Zeit, das ist Geld. Das kommt unseren Patienten zugute.

Frau Wölfle, generalistische Ausbildung: Ich bin selbst Krankenschwester, und ich schätze die unterschiedlichen Disziplinen. Wenn Sie alles in einen Topf werfen, haben Sie in drei Jahren Ausbildung von allem ein bisschen. Das heißt, die Krankenschwester, Kinderkrankenschwester, Altenpflegerin drei Jahre auszubilden bringt nicht die Fachlichkeit und die Spezialisierung, die wir brauchen. Wir haben derzeit etwa 10 000 Auszubildende hier in Baden-Württemberg – die Zahl ist in den letzten Jahren um 33 % gestiegen –, und wir verlieren durch die generalistische Ausbildung diese Mitarbeiter.

Ein wichtiges Argument ist für mich auch, dass die Voraussetzung bezogen auf die schulische Bildung für die generalistische Ausbildung mindestens die mittlere Reife ist. Wir haben jetzt die Situation – davon wurde vorhin gesprochen –, dass man Migranten, Zuwanderer in die Pflege holt. Bis sie so weit sind, auch vom Sprachniveau her, brauchen wir Jahre. Die Zuwanderer sind unbedingt wichtig, das sage ich auch. Das muss in Baden-Württemberg auch besser laufen; mit Anerkennung haben wir hier die größten Probleme. Aber wenn wir aus dem eigenen Schatz schöpfen wollen, müssen wir jungen Menschen mit einem Hauptschulabschluss weiterhin die Möglichkeit geben, dass sie in die Altenpflege gehen können.

Ich habe viele Mitarbeiter, die nach dem Hauptschulabschluss die einjährige Ausbildung gemacht und mit Bravour bestanden haben, zwei oder drei Jahre angehängt haben und heute teilweise so weit qualifiziert sind, dass sie als PDL arbeiten oder studiert haben. Wir nehmen diesen Menschen die Möglichkeit, und wir brauchen sie.

(Zuruf: Das stimmt doch gar nicht! – Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Nein, nein, das bleibt doch so!)

– Bitte?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Bitte jetzt keine Diskussion; es ist eine Fragerunde.

Sv. Frau Pletowski: Ich weiß das nicht, Frau Mielich, dass es so bleibt. Ich spreche es halt hier an. Wenn wir da eine Möglichkeit und Ansätze haben, können wir sehr gern darüber reden. Ich habe auch noch Ideen.

Wir brauchen auf jeden Fall die Köpfe. Wenn Sie das nur als generalistische Ausbildung machen, haben Sie von allem nur ein bisschen. Ich bezweifle, dass die Kräfte, die größtenteils im Krankenhaus die Ausbildung machen – – Denn wir sind ja dann außen vor. Ich bilde seit Jahren selbst aus und habe die Möglichkeit, diese Auszubildenden auch als Fachkraft für mich für die Zukunft zu gewinnen und an mich zu binden; das wird für uns in der Altenhilfe sehr schwer werden.

Ich weiß, das ist ein politischer Wille; das habe ich mir auch schon sagen lassen. Aber wir kämpfen. Ohne die Altenpflegekräfte geht es nicht. Es steht dem nichts im Wege, dass sich jede Disziplin weiterqualifizieren kann.

„Hochbetagt“: Wenn ich das Wort höre, muss ich ein bisschen schmunzeln. Ich habe in den Achtzigerjahren im Krankenhaus in Langensteinbach neun Jahre Nachtdienst in der Orthopädie gemacht. Ich habe 70 Patienten und eine Beiwache gehabt. Die Situation war damals also nicht besser, als sie heute ist. Von diesen 70 Patienten waren mindestens sieben hochbetagt: Schenkelhalsbruch, Wirbelsäulenfraktur, Oberarm gebrochen. Diese Personen hat man nach der Operation nachts auf der Station gehabt. Damals hat man nicht von „Demenz“ gesprochen, damals hat man von „HOPS“ gesprochen – „Hirnorganisches Psychosyndrom“. Es gab diese Menschen damals so, wie es sie heute gibt; es sind nicht mehr geworden. Nur sieht man es heute durch eine andere Brille. Die Zahl der Personen mit der Krankheit Demenz wird im Zuge Änderung der Altersstruktur steigen; das ist keine Frage. Aber im Krankenhaus hat man das Problem schon immer gehabt, und man musste sich immer damit auseinandersetzen.

Von daher finde ich es gut, wenn es eine Spezialisierung gibt, dass man sagt: Es gibt Altenpflegekräfte mit einer gerontopsychiatrischen Ausbildung, die im Krankenhaus für solche speziellen Probleme da sind, auch beratend, und auch die Kollegen schulen.

Aber darüber, dass wir jetzt eine generalistische Ausbildung haben, fangen wir das Problem nicht im Großen und Ganzen ab.

Ich glaube, ich habe jetzt alles beantwortet. Vielen Dank für die Möglichkeit. Es war für mich heute eine Riesenherausforderung, aber ich habe sie genutzt. Ich stehe gern wieder zur Verfügung. Danke.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Wir danken Ihnen, Frau Pletowski.

Wir hätten jetzt noch die Möglichkeit zu einer abschließenden Fragerunde, wenn sich noch Fragen an alle vier Sachverständigen ergeben haben. – Das ist nicht der Fall.

Dann darf ich mich ganz herzlich bei den drei Damen und dem Herrn, bei unseren Sachverständigen, bedanken, dass Sie uns Rede und Antwort gestanden haben, dass Sie uns an Ihrem Wissen, an Ihrem Erfahrungsschatz haben teilhaben lassen und dass wir dies in die Arbeit unserer Enquetekommission mit aufnehmen können. Ganz herzlichen Dank.

Unsere Anhörung ist hiermit beendet. Die nächste Anhörung findet schon heute, um 13:30 Uhr, statt, zum Thema „Quartiersentwicklung, neue Wohnformen, Wohnumfeld und Sozialraum“ – auch ein spannendes Thema, wie das Thema Pflege überhaupt ein wahnsinnig spannendes Thema ist. Ich lade Sie sehr herzlich zur Teilnahme ein.

Ich bedanke mich bei Ihnen. Ich bedanke mich bei den Mitarbeitern der Geschäftsstelle der Enquetekommission bzw. des Landtags für die Vorarbeiten und die Durchführung. Die Anhörung ist beendet. Zumindest die Mitglieder der Enquetekommission sehe ich dann pünktlich um 13:30 Uhr wieder. Vielen Dank.

(Beifall – Unterbrechung der Sitzung: 12:39 Uhr)

(Wiederaufnahme der Sitzung: 13:30 Uhr)

Teil II – öffentlich

Anhörung: „Quartiersentwicklung, neue Wohnformen, Wohnumfeld und Sozialraum“

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich eröffne die öffentliche Sitzung der Enquetekommission „Pflege“, die Anhörung zum Thema „Quartiersentwicklung, neue Wohnformen, Wohnumfeld und Sozialraum“. Ich darf Sie alle sehr herzlich begrüßen. Wir hatten heute Vormittag schon eine Anhörung der Enquetekommission zum Thema „Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege“. Wir sind gespannt, was uns die Sachverständigen, die Referenten des heutigen Nachmittags wissen lassen.

Wir haben wieder vier Sachverständige, Fachleute, Referenten eingeladen. Ich darf ganz herzlich in der Reihenfolge, in der sie referieren werden, begrüßen: Herrn Pfarrer Frank Wößner – er ist Vorstandsvorsitzender der Samariterstiftung –, Frau Ursula Kremer-Preiß vom Kuratorium Deutsche Altershilfe – sie ist Leiterin des Bereichs Wohnen und Quartier –, Herrn Hermann Genz von der Stadt Mannheim – Leiter des Fachbereichs Arbeit und Soziales – und Frau Bürgermeisterin Isabel Fezer vom Referat Soziales, Jugend und Gesundheit der Landeshauptstadt Stuttgart. Seien Sie alle vier ganz herzlich willkommen.

Für die Referenten noch zum technischen Ablauf ein paar kleine Erläuterungen. 15 Minuten haben Sie Zeit, um uns Ihres Wissens teilhaftig werden zu lassen. Nach 14 Minuten gebe ich Ihnen ein kleines visuelles Signal vorn am Rednerpult, das Sie dezent darauf hinweisen soll, langsam, aber sicher zum Ende zu kommen. Daran schließt sich eine Fragerunde der Mitglieder der Enquetekommission an, zunächst die Fragen und dann die Antworten.

Wir haben für diese Anhörung das Thema „Quartiersentwicklung, neue Wohnformen, Wohnumfeld und Sozialraum“ gewählt. Leitfragen an die Referenten, an die Fachleute waren: Verbleib in der gewohnten Umgebung, Anpassung des eigenen Wohnumfelds an altersgemäßes Wohnen, Einbeziehung von Angehörigen, ehrenamtlich Engagierten und Nachbarn, Aspekte der Quartiersentwicklung, Konzepte, Lösungsansätze, Akteure und, nicht zu vergessen, natürlich die Finanzierung, die Situation im ländlichen Raum, die Rolle der Kommunen, Unterstützung auf Landesebene, Schaffung von Rahmenbedingungen durch den Bund und natürlich auch die Potenziale neuer Wohnformen.

Ich möchte keine lange Vorrede halten – die Referenten, die Sachverständigen stehen heute im Mittelpunkt – und darf gleich als Ersten Herrn Pfarrer Wößner ans Mikrofon bitten.

Sv. Herr Wößner: Sehr geehrter Herr Rüeck, liebe Mitglieder der Enquetekommission, liebe Anhörende aller Ehren und Würden! Sie werden in meinem Vortrag merken, dass verschiedene Folien mit unterschiedlicher Energie versorgt werden. Alles andere kann gefragt werden. Ich werde auch Themen, von denen ich weiß, dass sie nachher noch akzentuiert werden, etwas kürzer fassen.

Basis ist das Papier – wenn Sie das interessiert, können Sie das bei uns bekommen –: „Soziale Zukunft Wohnquartier“, zusammen mit der Stiftung Liebenau, dem WEFA und der AG katholischer Heime und Einrichtungen der Altenhilfe in der Diözese Rottenburg-Stuttgart erstellt.

Letzte Vorbemerkung: „Quartier“ hat das Potenzial, ein Modewort zu werden. Vielleicht ist das jetzt etwas in der beruflichen Deformation angelegt, aber ich glaube, es lohnt sich sehr, zu schauen, worüber man dann immer wieder auch spricht.

(Der Redner begleitet seinen Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 4.*)

Gesellschaft im Wandel: Was bewegt einen Träger mit den Schwerpunkten Altenhilfe und Eingliederungshilfe, Behindertenhilfe, sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen? Sie finden hier viele Bekannte: natürlich Teilhabe, Inklusion. Wir haben einen Stiftungszweck, der heißt: „Wir helfen Menschen“. Das alles verdichtet sich heute in der Frage nach dem Quartier. Natürlich geht es insgesamt auch darum, Selbstverantwortungskräfte nicht nur zu stärken, sondern auch überhaupt zu aktivieren.

Dann Themen, die uns immer näher rücken: dass Menschen – früher hat man gesagt – zu Hause bleiben können. Zuhause könnte auch Quartier sein. Wohnortnähe als Kriterium der Entwicklung von allen Systemen und Facetten der Altenpflege. Wenn man das Familienpflegepotenzial in den Statistiken anschaut, dann sieht man, wie sich die Waagschalen eindeutig verschieben.

Wie können wir – wir sind bereits gesellschaftlich und in der Arbeit dort angekommen – Strukturen schaffen, die – hier steht Fachkräftemangel – sowohl mit ehrenamtlichen Aspekten als auch mit einem differierenden Profi-Mix die Fragen der Zukunft gut beantworten können.

Gedanken zur Quartiersentwicklung, einige kurze Gedanken: gesellschaftliche Teilhabe, ehrenamtliches Engagement. Da möchte ich ansetzen. Quartiersentwicklung haben wir terminologisch seit einigen Jahren. Vieles, was darin enthalten ist, haben wir in der Stiftung seit 40 Jahren. Es ist keine Terra incognita, die wir da betreten. Da kommen zweifellos Ergänzungen dazu, Veränderungen, soziologisch bedingt. Aber es ist kein unbeschriebenes Feld, das sich da vor uns auftut. Ehrenamtliches Engagement strukturell zu fördern ist uns ein Kernanliegen, weil wir sagen: Wo die Samariterstiftung tätig wird, da wollen wir nicht einfach irgendwie sein, sondern als Träger integriert sein. Frü-

her hätte man vielleicht gesagt: Sozialraumbezug, Gemeinwesenbezug, und das dann noch in einer strukturellen Dimension der Hilfsmodi. Dann passt das für uns.

Deshalb lautet eine meiner Thesen: Immer auch nutzen, was da ist. Beim Nutzen, was da ist, steckt dann schon drin, dass Quartiersentwicklung immer vielleicht mit ähnlichen Parametern etwas Ähnliches bleiben wird, etwas Unterschiedliches je nach Ort bleiben wird.

Privatheit, Normalheit, Wohnortnähe ermöglichen im Alter: Das soll gehen in verschiedenen Wohnformen etc. Deshalb ist Quartiersentwicklung für uns mittlerweile eine konzeptionelle und eine strategisch, also eine langfristig orientierte Aufgabe.

Was lässt sich mit Quartiersentwicklung bewegen? Diese Folie fasse ich sehr eng zusammen. Sind wir irgendwann fertig mit dem Entwickeln von Quartieren, oder werden wir da nie fertig? Auch wenn wir sagen, es gibt eine Entwicklung und dann eine Versteigerung, wird es immer um Vernetzung, Abstimmung und – so nenne ich es einmal – das Heben von Engagementreserven gehen. Das sind vermutlich kontinuierliche Prozesse. Man wird also nicht sagen können: Quartiersentwicklung kommt irgendwann zum Ende. Sie mag irgendwann von einem anderen Stand aus entwickelt werden. Aber dazu werden Sie, Frau Kremer-Preiß, sicher noch einiges sagen.

Wichtige Säulen im Quartier: Die *Conditio sine qua non* ist für uns die Quartierskoordination. Wir können in unserer Praxis keine Selbstläufer entdecken. Wenn nicht irgendjemand treibt, wenn nicht irgendjemand Energie entwickelt, passiert relativ wenig. Die Treiber können sehr vielfältig sein. Die Treiber können ehrenamtlich sein, sie können hauptamtlich sein, sie können auch institutionell sein. Kommunen können treiben, die freie Wohlfahrtspflege kann treiben. Diese Energien zu vereinigen in eine konsequente Richtung, das halte ich für zentral.

Wir haben bisher in unseren neuen Häusern das dadurch zu unterstützen versucht, dass wir Räumlichkeiten anbieten. Ich komme aus Tübingen. Wir sind im Mühlenviertel 900 Menschen. Da gibt es zwei zu nutzende Räume, die beide in unserem Samariterstift sind und die nicht mehr ausreichen, weil die Integration, die Bereitschaft von Menschen, sich zu organisieren, auch in Bereichen, die mit unserem Segment überhaupt nichts zu tun haben, sehr groß ist.

Deshalb wünschen wir uns im Grunde eine gute, solide kommunale Steuerung gerade dort, wo wir noch nicht wirklich tätig sind, also wenn die Quartiere baulich entwickelt werden. Was ist quasi als Kerninfrastruktur vorzuhalten?

Es bedarf auch – da erspare ich Ihnen jetzt die Einzelheiten, vielleicht fragen Sie mich auch noch – einer Durchlässigkeit der ehrenamtlichen und aller nachfolgenden professionellen Strukturen. Bei der Durchlässigkeit, würde ich sagen, haben wir noch einiges

zu tun, z. B. was ambulante und stationäre Settings betrifft, aber auch was verschiedene Träger, kommunale Strukturen etc. betrifft.

Wer ist zu beteiligen? Im Grunde sind alle zu beteiligen, die in einem Quartier da sind oder in diesem Quartier positiv besetzte Interessen verfolgen. – Da mache ich schnell weiter.

Ich möchte Ihnen drei Facetten aufzeigen. Wir haben – das war quasi unsere Nagelprobe zum Thema Quartier – in Feuerbach ein neues Quartier. Wir haben dort ein Quartiershaus mit Wohnmöglichkeiten, aber kein klassisches Angebot stationärer Art. Wir haben uns dann mit dem Siedlungswerk zusammen auf den Weg gemacht und haben gefragt: Wie können wir dieses neue Quartier strukturell entwickeln? Dort haben wir sehr stark getrieben. Wir haben mittlerweile über das Deutsche Hilfswerk die Stelle einer Quartiersmanagerin dort installiert, aber auch sehr starke ehrenamtliche Strukturen. Also: Dort ist etwas völlig Neues entstanden, natürlich mit einem, wie es immer auch im urbanen Raum ist, bestehenden Bereich, der mit zu denken und zu integrieren ist.

In Leonberg eine etwas andere Gestalt: dort eine sehr alte Tradition der Stiftung, sehr gut eingeführt, sehr ausdifferenzierte Produktpalette, dort in einem neu entstehenden, zum Teil schon bestehenden Wohnquartier der Versuch, zu sagen: Wie vernetzen wir uns? Und zwar nicht nur pro domo, indem wir sagen, was dieser Stiftung nützt, sondern was diesem Quartier nützt. Da sind wir noch einen Schritt davor. Die Klärungen sind weit gediehen, die Anträge sind gestellt, und wir hoffen, dass wir bald auch dort die strukturelle Klärung über eine professionelle Managerin weiter vorantreiben können.

Das Letzte ist insofern interessant, weil wir auch von Quartier sprechen, wenn wir in seit Langem bestehenden Strukturen arbeiten. Pfullingen, eine Kleinstadt neben Reutlingen, 18 000 Einwohner, zwei Samariterstifte, wir inzwischen mit einer komplett durchgängigen Struktur, wie wir es uns eigentlich im Grunde von der Professionalität her vorstellen, vom ehrenamtlichen Engagement über die ambulanten Dienste. Dort haben wir im Oktober die erste ambulant betreute Wohngemeinschaft eröffnet. Wir haben sechs Monate gebraucht, um fünf Plätze zu belegen, und werden hoffentlich heute den sechsten belegen. Dann ist sie voll. Das nur als Signal, dass das Neue es erst einmal nicht leicht hat. Also dort alle Stufen bis zum stationären Bereich.

Das hier sind die Details dazu. Da sage ich nur: Sicher sehr gut bei dem Feuerbacher Modell war das Quartiersbüro, und zwar auch schon, bevor wir dort hauptamtliche Ressourcen eingesetzt hatten, weil sich Leute gewinnen ließen, die sich wirklich in hohem Maß engagiert haben.

In Leonberg steht die Entwicklung der Dienstleistungsstruktur im Vordergrund.

Ich komme noch einmal kurz zu Pfullingen. Dort gibt es das Projekt PAULA, auch gefördert. Sie hören von mir sehr oft „Projekt“ und „gefördert“. Eines der zentralen Anliegen

gen ist, aus Projekten und Förderungen in flächige, langfristige Strukturen zu kommen. Das wäre einer der Wünsche, die ich mit diesem Vortrag verbinde. PAULA heißt „Pfullingers Alltagsunterstützung für das Leben im Alter“. Man sucht da ja immer schöne Abkürzungen. Dieses Projekt ist insofern interessant, als wir mit vielen Partnern zusammenarbeiten. Wir haben die „Pfullinger Stiftung – Zeit für Menschen“, ein Ableger der Samariterstiftung. Ich sage immer: Das ist quasi unser zivilgesellschaftlicher, bürgerschaftlicher Ableger, mit dem wir solche Projekte forcieren. Dann haben wir die Diakonie-Sozialstation in anderer Trägerschaft. Wir haben den Krankenpflegeförderverein mit drin. Es sind also ganz verschiedene Partner, die sich dort gemeinsam vernetzt haben.

Jetzt die Konsequenzen und Desiderate. Was würden wir uns wünschen? Die Bundesebene hat natürlich immer gewisse Übergänge zur Landesebene; das muss ich Ihnen nicht sagen. Leistungen flexibler gestalten – das würde uns in hohem Maße helfen. Wenn wir mehr von der Leistung her denken als z. B. von der Wohnform her, wäre das etwas, was uns sehr helfen würde. Wir ringen um Flexibilisierungen. Ich sage manchmal auch: Wenn wir die Chance hätten, ein bisschen mehr zu machen, würden wir es vermutlich am Ende besser machen. Ich glaube, wir machen es jetzt schon gut, aber Flexibilisierung wäre hilfreich. Das heißt nicht: keine ordentliche Kontrolle, keine ordentliche Wahrnehmung, aber vielleicht die Spielräume etwas erweitern.

Die kommunale Ebene stärken ist für uns absolut essenziell. Überall, wo wir mit Quartiersthemen arbeiten, arbeiten wir mit kommunalen Strukturen. Das liegt uns nahe, weil Kommunen auch wie kirchliche Stiftungen nun einmal vielleicht nicht zwingend im Horizont der Ewigkeit, aber zumindest sehr langfristig orientiert sind. Deshalb ist die Stärkung der Kommunen – da kommen jetzt einige Punkte: kommunale Finanzkraft, Planungshoheit usw. – für uns ein ganz zentraler Punkt.

Dann müssen wir wieder im Sinne der Subsidiarität fragen: Wie können wir da wieder zusammenarbeiten? Was muss direkt in kommunaler Hand sein, und was kann dann auch wieder im subsidiären Prinzip umgesetzt werden?

Ein Punkt noch: Anreize schaffen in jeder Hinsicht. Das gilt für bürgerschaftliches Engagement genauso wie für die Frage: Welchen Wohnraum brauchen wir? Wenn neue Quartiere entwickelt werden, stellt sich die Frage der Investoren. Wie kommt man mit Investoren klar, dass der Wohnraum passt, dass zumindest Teile des Wohnraums passen? Wie bekommen wir einen Mix hin? Wie bekommen wir Privatmenschen dahin, dass sie so bauen, und wie bekommen wir auch eine gewisse Menge an mietbarem Wohnraum für diese Altersphase hin?

Nun komme ich zu meiner letzten Folie: Landesebene. Die herzliche Bitte, eine verlässliche Finanzierungsgrundlage für dieses lokale Netzwerkmanagement zu schaffen, auch für Projekte. Natürlich brauchen wir Projekte, um zu lernen und darauf aufzubauen. Diese Projekte müssen wir dann verstetigen, sodass sich aus diesen Projekten Strukturen entwickeln, die aber weiter unterstützt werden müssen.

Eine Gesamtstrategie Quartier entwickeln bedeutet, das Thema insgesamt zu bearbeiten, um auch die Differenzierungen hinzubekommen. Das ist aus unserer Sicht kein Thema, das man mit Schublade löst; überhaupt nicht. Es braucht sehr präzise Wahrnehmungen vor Ort, aber da kann man strukturiert herangehen. Man muss nicht jedes Mal anders herangehen, aber die Ergebnisse werden sehr unterschiedlich sein. Also: Die Gesamtstrategie Quartier erfordert eine Flexibilisierung ordnungs- und leistungsrechtlicher Vorschriften. Man muss neue, innovative Wohn- und Betreuungsformen zulassen und unterstützen. Wir hätten viele Ideen, wie wir z. B. mit ambulant betreuten Wohngemeinschaften einfacher arbeiten können. Es ist für uns nicht leicht. Wir haben es trotzdem getan. Wir werden die nächste Wohngemeinschaft in Tübingen im Juli eröffnen. Wir wollen, dass es diese rigorose Trennung zwischen der ambulant betreuten Wohngemeinschaft und unseren Kernen, unseren Pflegeheimen nicht mehr gibt. Wir beginnen bei den Pflegeheimen inzwischen bei 28 Plätzen. Das sind dann Untereinheiten von 14 oder zwölf oder zehn.

Deshalb am Ende noch ein Desiderat, und dann bin ich fertig. Bei allem, was Quartiere betrifft – wir haben Energie drin – die Bitte, stationäre Settings nicht zu vergessen. Wir halten sie in der modernen Konzeption, der wir uns verschrieben haben, der Hausgemeinschaften, der kleinen, überschaubaren Formen für wichtig und notwendig.

Zu guter Letzt noch ein Bild für das Quartier. Sie kennen das Atomium in Brüssel von 1958. Diese Verbindung ist für mich Quartier. Es entsteht ein Ganzes, ohne dass alles direkt miteinander verbunden ist. Es gibt auch indirekte Verbindungen. Das ist für mich ein Bild für Quartier.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herzlichen Dank, Herr Pfarrer Wößner.

Ich habe jetzt Wortmeldungen vorliegen. – Herr Kunzmann.

Abg. Thaddäus Kunzmann CDU: Vielen Dank, Herr Pfarrer Wößner, für Ihren wirklich sehr interessanten Vortrag. Ich habe drei Fragen.

Erstens: Die Samariterstiftung bietet ja ein umfangreiches Angebot an stationärer Betreuung, an ambulanter Betreuung, an medizinischer Versorgung. Wie kann man sich jetzt vorstellen, dass Sie das alles in einem Quartier miteinander vernetzen wollen und auch öffnen wollen?

Zweite Frage: Das Ehrenamt leidet ja auch unter einem gewissen Verlust von Bindungskraft. Die familiären Beziehungen und auch das Ehrenamt verlieren an Bindung.

Wie wollen Sie in solchen Quartieren das Ehrenamt motivieren? Ich glaube, das ist eine zentrale Frage.

Und das Dritte: Sie haben die – so nenne ich es einmal – Liberalisierung bei den Wohnformen angesprochen. Im WTPG ist jetzt die ambulant betreute Wohngemeinschaft vorgesehen. Wie würden Sie diese jetzt weiter öffnen? Was müsste man da jetzt im Grunde genommen verankern?

Danke.

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Herr Wößner, herzlichen Dank für Ihren Vortrag. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, waren Sie und die Samariterstiftung der Impulsgeber für Quartiersentwicklung. Ist das richtig? – Ach so, wir können ja keinen Dialog führen.

(Heiterkeit)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Genau.

Sv. Herr Wößner: Aber ich werde antworten.

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Super. – Ich möchte gern wissen, weil Sie ja auch angesprochen haben, dass die Kommune da eine wesentlich wichtigere Rolle spielen sollte als bisher, welche Rolle die Kommunen da tatsächlich spielen können und wie Quartiersentwicklung größer ausgestaltet werden kann, wenn es z. B. darum geht, im ländlichen Raum vor allem den Sozialraum mit Infrastrukturmaßnahmen zu gestalten und auch den kulturellen Raum.

Das Zweite: Es gibt eine Förderkulisse des Landes, und das Sozialministerium macht jetzt eine Menge, wenn es z. B. darum geht, Kommunen bei der Sozialraumentwicklung zu unterstützen. Sind das in Ihren Augen die richtigen Ansätze, oder müssen da weitere oder andere folgen?

Danke.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Herr Pfarrer Wößner, ich kann da direkt anknüpfen. Meine Frage geht auch in Richtung der Finanzierung. Was Sie zum Thema Finanzierung gesagt haben, war hauptsächlich in Forderungen gekleidet. Sie erwarten auch regionale Pflegebudgets. Gibt es für diese Projekte über die von Ihnen genannten Projektförderungen hinaus bereits reale Ansätze, wie sich die verschiedenen Netzwerkpartner – beim Atomium sind es Kugeln – finanziell an dem Quartiersmanagement und an den Netzwerken beteiligen, also auch Partner, an die man zunächst gar nicht direkt denkt: die Handwerker, die Ärzteschaft und was da alles im Quartier eine Rolle spielt?

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Sehr geehrter Herr Pfarrer Wößner, drei Punkte:

Sie haben gesagt, wenn nicht jemand treibt, dann passiert nichts. Sie haben wirklich schöne Beispiele genannt, aber es ist ja nicht in jeder Kommune so, dass immer jemand treibt. Haben Sie da auch differenzierte Erfahrungen gemacht, dass ein Projekt geplant war und dann nicht funktioniert hat? Stichwort Grenzen des Ehrenamts, des Engagements, das möglicherweise unterschiedlich ist.

Konkret bei dem Thema Feuerbach hatte ich kurz den Eindruck – Sie haben es am Schluss anders beschrieben, wobei Sie auf die stationäre Pflege hingewiesen haben, was mir wichtig ist –, das klinge so, als brauche man, wenn man jetzt diese Quartiersentwicklung macht, keine stationäre Pflege mehr. Deswegen war es, glaube ich, wichtig, dass Sie das am Schluss noch gesagt haben; denn das eine wird das andere benötigen.

Sie hatten in Ihrer letzten Folie bei der Entwicklung der Gesamtstrategie Quartier auch die Flexibilisierung ordnungs- und leistungsrechtlicher Vorschriften genannt. Welche Impulse sehen Sie durch das WTPG ein Stück weit eingeschränkt, weil man die Flexibilisierung nicht so deutlich gemacht hat, wie man sie hätte machen können?

Abg. Manfred Lucha GRÜNE: Herr Wößner, Sie haben zu Recht gesagt, die Leistung sollte vor der Wohnform stehen. Das unterstreichen wir. Das heißt aber – das war ja auch heute Morgen Thema –, dass die Ressourcen für Leistung dann auch leistungsgerecht sein sollen. Das ist nicht der Fall. Aber wenn wir jetzt diesem Paradigma folgen, dann steht Ihre Aussage „Vergessen Sie das stationäre Setting nicht“ erst am Ende der Entwicklung. Heute kommen Sie ja als geborener stationärer Träger mit einem stationären Setting als Beginn eines Veränderungsprozesses. Wenn bei der Quartiersentwicklung Leistung im Vordergrund steht – es sind alle da, die Leistung erbringen –, dann steht ein stationäres Setting am Ende dieser Entwicklung und nicht am Beginn. Habe ich das richtig verstanden, oder widersprechen Sie mir?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herr Pfarrer Wößner, viele Fragen warten auf Antworten.

Sv. Herr Wößner: Ich beginne bei Herrn Kunzmann: Vernetzung im Quartier. Aus Trägersicht würde ich hart sagen: Nahe am Idealtypischen ist das, was wir in Pfullingen machen. Wir haben in diesem Quartier, in dieser Kommune mit dem ehrenamtlichen Engagement begonnen und haben das strukturiert. Das war sozusagen der Einstieg in die Unterstützung für Hilfen beim Leben im Alter. Dann haben wir da zum ersten Mal in der Reinform alle folgenden Strukturen: Wir haben ein ambulantes Angebot – fahrende Diakonie –, wir haben die Wohngemeinschaft als ganz neue Form, wir haben eine Tagespflege, und dann haben wir zwei Samariterstifte, die wieder mit Kurzzeitpflege das Spektrum vollends aufnehmen. Wir sind der Meinung, dass in diesem Setting jeder und jede in Pfullingen alt werden kann. Das würde ich behaupten.

Dieses Angebot der Samariterstiftung ist für uns konzeptionell anstrebenswert, aber wir haben ähnliche Strukturen – Stichwort Durchlässigkeit – auch mit anderen Partnern.

Das sind also nicht unsere ambulanten Dienste, sondern andere Sozialstationen. Das ist wieder der Aspekt der Vernetzung. Das müsste aus unserer Sicht das Setting sein: Wir haben das ganze Spektrum – wir haben es, oder man hat es; egal, wer es hat, aber es ist komplett da –, es ist abrufbar. Wir haben die Wohnortnähe geschaffen. Die beiden anderen Aspekte, Privatheit und Normalität, würde ich nicht an der Wohnform festmachen. Die gelten immer.

Das Ehrenamt: In der Tat, auch das Ehrenamt ist kein Selbstläufer. Wir haben eine sehr lange Tradition. In Feuerbach wurde sehr früh mit sehr vielen Menschen gesprochen. Viele Menschen hereinzuholen ist relativ anstrengend, weil Sie dafür Zeit brauchen. Wir sagen manchmal ein bisschen flapsig: neues Ehrenamt. Wenn Sie die Menschen nicht auf der Engagementschiene mit einem gewissen Nutzen locken, passiert relativ wenig. Aber wenn Menschen unter dem Sinnaspekt sehen: „Da kann ich mich einbringen, das bedeutet etwas für mein Wohnquartier“, dann lassen sie sich gewinnen. Wir legen Wert auf ordentliche Absprachen mit Ehrenamtlichen, sodass alle wissen, worum es geht. Wir laden ein, wir begleiten, wir haben eigene Fortbildungsprogramme, um die Ehrenamtlichen entsprechend zu qualifizieren, z. B. in der Altenpflege, wo man die Leute auf die Settings vorbereiten muss. Für klassische Quartiersaufgaben bekommen wir Zugang zu völlig neuen Ehrenamtlichen, die in unserem klassischen Setting nicht aufgetaucht wären, Menschen, die sich für das Quartier einbringen.

Wohnform ambulant betreute WG: Wir haben die ersten zwei ambulant betreuten Wohngemeinschaften geplant, bevor das WTPG da war, weil uns völlig klar war, dass wir schnell praktische Erfahrungen machen wollen. Wir wissen auch, dass es nicht einfach wird: Je kleiner die Einheiten, desto größer ist für uns in der Regel der Druck, es gut hinzubekommen. Aber wir sehen es im Moment eher als eine Beimischung und nicht als die Flächenlösung für die Zukunft. Aber es ist nicht irrelevant. Es gibt Menschen, die sich für dieses Setting entscheiden, und deshalb gehört es für uns auch zum Gesamtportfolio dazu.

Frau Mielich, jetzt hoffe ich, dass ich noch alles ordentlich zusammenbekomme, was Sie mich gefragt haben. Impulsgeber war ein Stichwort. Natürlich liegt es in der Natur der Dinge, dass wir dort initiativ werden, wo es die Samariterstiftung gibt. Dort werden wir aktiv, aber nicht ohne Partner.

Das Projekt in Feuerbach haben wir uns sehr auf die Fahnen geschrieben, aber mit der klaren Zielsetzung, zu lernen. Wir brauchen praktische Aufgaben, um zu sehen: Wie machen wir es im städtischen, im urbanen Bereich, und wie machen wir es im ländlichen Bereich? Ich würde sagen, die Instrumente sind gar nicht so unterschiedlich, aber das Ergebnis dann schon. Unsere Impulse dienen dazu, um unsere Häuser als Teile des Quartiers zu unterstützen, aber nicht nur in einem ganz engen Samariterstiftungsinteresse. Beim Interesse müssen wir auch über unseren Schatten springen. Über den sind wir schon lange gesprungen, weil wir sagen: Da gibt es noch etwas mehr als dieses Kerninteresse.

Zu den Kommunen werden wir nachher noch einiges hören. Wichtig wäre für uns, dass sozusagen die Planungshoheit, die Generalanwaltschaft bei diesen Themen bei den Kommunen liegt, dass das primär kommunale Aufgaben sind, und zwar festgeschriebene kommunale Aufgaben, die dann natürlich kooperativ bearbeitet werden. Das wäre uns wichtig, weil wir grundsätzlich der Meinung sind, dass diese Fragen, die beim Quartier auftauchen, nur kommunal geklärt werden können. Wir hatten uns vorher kurz unterhalten. Eine Kommune hat ja nicht ein einziges Quartier. Im Extremfall hat sie einen ganzen Strauß an Quartieren, die unterschiedlich zu behandeln sind. Deshalb ist das kommunal zu verankern und dann in einem gemischten Setting zu bearbeiten, und auch die Finanzierungsstrukturen müssten, denke ich, über die Kommunen gehen.

Der ländliche Raum liegt uns sehr am Herzen. Ich würde sagen, die halbe Stiftung ist im ländlichen Raum unterwegs. Dort haben wir – das passt zu dem, was Sie gesagt haben, Herr Lucha – sehr kleine Samariterstifte. Sie stehen in der Regel mitten in den Orten. Da wollen wir sie haben. Wenn Sie kleine Häuser haben, dann haben Sie per se sehr viele Menschen aus dem direkten Gemeinwesen in diesen Häusern. Die Einbindung wächst organisch. Dann müssen wir uns noch Gedanken darüber machen: Was bedeutet das infrastrukturell auf dem Land? Das ist städtisch manchmal einfacher. Das müssen wir dann entwickeln. Aber ein Teil unserer Antwort ist, dass wir auf dem Land das aus unseren Stiften heraus entwickeln oder die Entwicklung unterstützen. Da sind nicht nur Kommunen, denen man das alles sagen muss, sondern manche sind auch schon in dieser Richtung unterwegs.

Finanzierung, Zukunftsansätze: Bisher, würde ich sagen, setzen wir überwiegend bei dem, was wir tun, eigene Ressourcen ein. Wir haben bei der Stiftung eine eigene Stelle für die Quartiersentwicklung geschaffen, um diese systematisch machen zu können. Wenn Sie keine Ressourcen haben, geht das nicht. Zukunftsansätze sind, dass wir vor Ort als Treiber unsere Schwesterstiftung „Zeit für Menschen“ installieren, die sich dieser Systematik annimmt. Diese Stiftung ist so strukturiert, dass sie schwerpunktmäßig per se eine Vernetzungsaufgabe hat. In Feuerbach steht jetzt das Quartiershaus der Samariterstiftung. Es sind aber auch andere Player dabei. In der Stiftung koordinieren sich ansässige Firmen wie Bosch in Feuerbach, der Mittelstand – es ist sehr wichtig, hier den Mittelstand einzubeziehen – und alles, was an lokaler Infrastruktur relevant ist, z. B. Ärzte, Apotheken. Wir versuchen, diese an den Prozessen zu beteiligen – sie müssen natürlich auch selbst wollen – und den Kreis weiter zu ziehen. Gegebenenfalls wird er von selbst enger.

Bei der Finanzierung ist das Grundanliegen die Verstetigung dessen, was wir über Projekte lernen. Projektfinanzierung ist kein Problem. Wir schreiben unsere Anträge; überhaupt kein Thema. Was wir in diesen Projekten mit befristeten Projektfinanzierungen lernen, soll dann strukturell so gestaltet werden, dass sich Perspektiven für die Finanzierung ergeben. Natürlich gibt es auch da Unterschiede, aber wir brauchen ein Strukturskelett, das Geld kostet. Das zu Ihnen, Herr Hinderer.

Herr Haußmann, wer treibt? Das ist in vielen Bereichen des Lebens eine sehr gute Frage.

(Abg. Manfred Lucha GRÜNE: Das Leben an sich!)

Wir müssen mit dem ehrenamtlichen Engagement sorgfältig umgehen. Wenn ich gute Ehrenamtliche in zwei Jahren „verbrannt“ habe, habe ich weder dem Quartier noch der Stiftung noch Baden-Württemberg etwas Gutes getan. Deshalb die Frage: Wie kann man Settings so hinbekommen, dass sich Menschen engagieren können? Wir sind dabei, alle Deputate zu ermöglichen. Wenn jemand sagt: „Ich habe zwei Stunden im Monat Zeit“, dann sind das zwei tolle Stunden. Da haben Sie ziemlich viel Planungsaufwand, aber wer sagt, dass aus zwei Stunden nicht irgendwann sechs werden? Diese Möglichkeiten sollten wir wahrnehmen und begleiten. Ein völliges „No-Go“ ist, zu sagen, Ehrenamtliche haben irgendwelche Lücken zu füllen. Das funktioniert heute nicht mehr. Man muss die ehrenamtliche Tätigkeit mit einer Sinnhaftigkeit erfüllen und mit einer ordentlichen Begleitung flankieren. Das Ehrenamt braucht dieses Skelett, das trägt und hält.

Sehr gut, dass Sie nach der stationären Pflege im Quartier fragen. Wenn ich so verstanden worden wäre, dass man im Quartier keine stationäre Pflege mehr braucht, hätte ich nie mehr nach Nürtingen kommen dürfen.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Wir gehen davon aus, dass wir die stationäre Pflege – ich füge immer hinzu: in moderner Konzeption – weiterhin brauchen und dass wir sie auch zu Recht brauchen dürfen. Jetzt lassen Sie mich einmal kurz empathisch werden: In unseren Samariterstiften gibt es adäquate Orte für Menschen im hohen Alter, damit sie dort selbstbestimmt – so selbstbestimmt wie möglich – leben können, denn es gibt Menschen, die genau diese Angebotsform brauchen. Wir haben auch erkannt – deshalb werden unsere Samariterstifte immer kleiner –, dass Veränderungen im System notwendig sind. Aber wir halten diesen stationären Aspekt für unverzichtbar und wollen die stationäre Pflege gut durchführen. Ich lade Sie alle ein: Schauen Sie sich einmal ein kleines Samariterstift an, und Sie werden keine Anmutung der klassischen Idee von Pflegeheimen mehr haben.

Was bräuchten wir zur Flexibilisierung des WTPG? Wenn wir z. B. die WGs in unserer Struktur etwas freier lozieren könnten, beispielsweise in der Nähe von kleinen stationären Einheiten, und wenn wir außerdem Ideen hätten, wie wir ein gutes Miteinander herstellen, dann wäre uns sehr geholfen. Das würde uns wirklich helfen. Wir sagen nicht, dass wir diese Form nicht wollen, dass wir sie per se ablehnen, dass sie uns zu klein ist; überhaupt nicht. Wir sind bereit, uns damit auseinanderzusetzen, würden uns aber sehr freuen, wenn wir da an ein paar Stellen noch Unterstützung bekämen.

Herr Lucha, es ist in der Tat so, dass wir das stationäre Setting momentan vor allem im ländlichen Bereich von unseren ländlichen Stiften aus entwickeln. Das ist völlig richtig. Aber natürlich sind wir auch bereit, Quartiere im Entstehen denkerisch so mitzuentwickeln, dass wir fragen: Welche Stufen gibt es – das wäre wieder eine Frage der kommunalen Entwicklung –, und was brauchen wir in dieser durchlässigen Struktur noch an stationärem Angebot? Wir sind heute im Grunde genommen in der Lage, ein stationäres Angebot fast in einem Quartier zu verstecken, wenn man das wollte, dass es also so integriert ist, dass man überhaupt nicht das Gefühl hat: Da ist etwas, was nicht hierhergehört.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herzlichen Dank, Herr Pfarrer Wößner, für den Vortrag und die Beantwortung der Fragen.

Ich darf nun Frau Kremer-Preiß ans Mikrofon bitten.

Sv. Frau Kremer-Preiß: Vielen Dank, Herr Rüeck. – Sehr geehrte Enquetekommissionsmitglieder! Ich freue mich sehr, dass ich hier zum Thema „Quartiersentwicklung“ sprechen darf. Ich habe mich viele Jahre mit altersgerechten Wohnformen, alternativen Wohnformen für ältere Menschen befasst, aber in den letzten Jahren sehr stark mit dem Quartiersansatz, weil deutlich wurde: Dieses versäulte Denken in einzelnen Wohnformen hilft uns längerfristig nicht weiter. Wir brauchen einen ganzheitlichen Ansatz, und gerade der Quartiersansatz ist darauf ausgerichtet.

Ich will im ersten Teil meines Vortrags ein bisschen mehr darauf eingehen, welche Lösungsansätze solche Quartiersansätze implizieren, dann darüber sprechen, wie Quartiersansätze gestaltet sein sollten, damit Pflegebedürftige möglichst lange zu Hause verbleiben können, und zum Schluss die Frage behandeln: Was kann das Land, aber auch der Bund tun, um diese Entwicklung zu befördern?

(Die Rednerin begleitet ihren Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 5*.)

Zunächst einmal zu den Lösungsansätzen. Was bieten eigentlich Quartierskonzepte? Mittlerweile sind Quartierskonzepte sehr en vogue und werden bundesweit sehr stark diskutiert. Es gibt sehr viele Untersuchungen, Broschüren und Informationsveranstaltungen dazu. Warum das Thema so stark diskutiert wird, hängt natürlich damit zusammen, dass man sich von diesem Quartiersansatz einen Lösungsweg für viele der Herausforderungen für die Zukunft erwartet: zum einen die Herausforderungen aus der demografischen Entwicklung mit der wachsenden Zahl von Älteren und Pflegebedürftigen und dem zurückgehenden Helferpotenzial, damit verbundene ökonomische Herausforderungen für die sozialen Leistungssysteme; auf der anderen Seite vor allem der Wandel der Wohnwünsche aufgrund der zunehmenden Differenzierung unserer Gesellschaft, in der sehr viele Menschen andere Vorstellungen haben, wie sie im Alter leben

wollen, und insbesondere den Wunsch haben, möglichst lange in ihrem vertrauten Wohnumfeld zu bleiben.

Das sind letztendlich auch die Zielsetzungen, die mit den Quartiersansätzen verbunden sind, ein möglichst langes Wohnen im vertrauten Wohnumfeld zu ermöglichen und damit diesem Wandel der Wohnwünsche entgegenzukommen.

Aber die Fokussierung auf diese kleinen Räume hat nicht nur den Grund, den Wohnwünschen gerecht zu werden, sondern man hofft, damit etwas motivieren zu können, auf das wir in Zukunft sehr stark angewiesen sein werden: Eigeninitiative und gegenseitige Hilfe. Man glaubt, dass man in den vertrauten Quartieren, wo die Beziehungen gewachsen sind und wo man mit seinem Lebensraum verbunden ist, diese gegenseitige Hilfe stärker motivieren kann. Deswegen die Fokussierung auf diese kleinen Räume.

Es gibt nun eine ganze Reihe von Modellrechnungen, mit denen man bundesweit versucht, die Wirkungen von Quartiersansätzen nachzuweisen, z. B. eine Untersuchung des Bundesbauministeriums, in der festgestellt wird: Wenn wir die Wohnstrukturen in den Quartieren so verbessern, dass möglichst viele Personen bei Pflegebedürftigkeit zu Hause bleiben können, könnte man z. B. die Anzahl der Pflegeplätze um ein Viertel reduzieren. Oder eine Untersuchung der Bertelsmann Stiftung, wo es heißt: Wenn wir nur 10 % der Pflegebedürftigen statt im stationären Bereich zu Hause versorgen, können die Kommunen bei der „Hilfe zur Pflege“ ca. 500 Millionen € pro Jahr einsparen. Ähnlich auch wieder eine Berechnung der Bertelsmann Stiftung: Wenn es gelingt, die stationär versorgten Pflegebedürftigen in Stufe I sowie 10 % der Pflegebedürftigen anderer Pflegestufen nicht stationär zu versorgen, könnten wir ungefähr die Hälfte der Fachkräftelücke schließen.

All das sind zunächst Modellrechnungen. Aber es gibt auch schon in der Praxis Erfahrungen, die zeigen, dass solche Wirkungen durchaus erzielt werden. Beispielsweise hat der Kreis Unna ausgerechnet, was er durch eine solche systematische Quartiersentwicklung gespart hat: allein in zwei Jahren ca. 2,4 Millionen € bei der „Hilfe zur Pflege“.

Wie müssten die Quartiere gestaltet sein, damit diese Wirkungen auch erzielt werden können? Das ist nun ein ganz wichtiges Prinzip des Quartiersansatzes und auch ein Perspektivwechsel für die Altenhilfe. Es geht nicht mehr nur um Hilfe und Pflege. Wir haben uns in den vergangenen Jahren sehr stark mit Pflegeplanung usw. befasst. Quartiersansätze erfordern einen ganzheitlichen Ansatz. Das heißt, es geht genauso gut um das Wohnen, die Schaffung altersgerechter Wohnstrukturen. Nur ungefähr 5 % der Bewohner von Seniorenhaushalten leben überhaupt in weitgehend barrierefreien Wohnungen. Deswegen gilt es, möglichst viel barrierefreien Wohnraum zu schaffen oder Bestandsanpassungen durchzuführen. Ebenso wichtig ist die Wohnumfeldgestaltung. Hier muss nicht nur Barrierefreiheit, sondern auch eine möglichst kleinteilige Infrastruktur vorhanden sein durch rollende Supermärkte oder Konzepte wie die Multifunktionshäuser – sehr schöne Konzepte für das Land, beispielsweise eine Art Carsharing-Prinzip für Infrastruktur: Die Kommune stellt ein Gebäude zur Verfügung; da kommt am

Montag der Zahnarzt, am Dienstag die Sozialstation und am Mittwoch der Einzelhändler, um Infrastruktur kleinräumig vor Ort sicherzustellen.

Es geht genauso gut um den Erhalt sozialer Kontaktmöglichkeiten und Teilhabe, z. B. hier die Förderung von lebendigen Nachbarschaften, ein schönes Projekt aus Gelsenkirchen, wo man Nachbarschaftsstifter fördert, das heißt Personen unterstützt, die die Nachbarn zusammenbringen.

Natürlich geht es auch um Beratung, Hilfe und Pflege. Solche Quartiere müssen auch für die schwächsten Glieder tragfähig sein. Wenn wir an die Pflegestrukturen und die Beratungsstrukturen denken, dann heißt das: viel kleinteiliger noch als bisher, viel mobiler, viel zugehender. Das ist eigentlich, wenn man Quartierskonzepte umsetzen will, das Credo, wie man Pflegestrukturen und Beratungsstrukturen kleinteilig oder zugehend mobil gestalten will.

Das Gleiche gilt für Pflege- und Betreuungsangebote: Mobilität. Warum nicht nur ambulante Pflegeleistungen, sondern auch teilstationäre Leistungen – z. B. mobile Tagespflegeeinrichtungen, mobile Zahnärzte – auf den Weg bringen? Und wenn es mobil nicht geht, sondern man versucht, vor Ort etwas zu gestalten: immer kleinteilig, dezentral denken. Deswegen sind die Pflegewohngruppen ein sehr gutes Konzept, weil sie sich in jedes Quartier kleinteilig einfügen lassen. Deswegen sind wir auch dafür, diese kleinteiligen Strukturen bei der Rund-um-die-Uhr-Versorgung zu stärken.

Der dritte Aspekt ist: nicht nur kleinteilig und mobil, sondern vor allem auch Bürgerinnen und Bürger überall mit einzubeziehen, schon bei der Alltagshilfe möglichst Seniorengemeinschaften, Nachbarschaftshilfe usw. zu aktivieren, aber auch bei der Pflege zum Teil, etwa bei den Gastfamilienmodellen, die in vielen Regionen mittlerweile erprobt oder sogar schon praktiziert werden.

Die stationäre Pflege – das sehe ich genauso wie Sie – darf nicht vergessen werden. Sie wird ein ganz wichtiger Teil bleiben. Es geht nicht darum, durch Quartiersansätze stationäre Pflege zu vermeiden oder zu verhindern, sondern es geht darum, der stationären Pflege eine andere Rolle zuzuordnen, dass sie Teil in einem solchen Quartiersansatz wird und eine Verantwortung auch für die Bewohner übernimmt, die nicht stationär in der Einrichtung leben, sondern zum Teil auch im Quartier leben, dass sich die stationären Einrichtungen Richtung Quartiershäuser weiterentwickeln.

Wie kann das gelingen? Wie kann man solche Prozesse umsetzen? Wer ist zu beteiligen? Quartiersansätze sind letztendlich Vernetzungsansätze und hoch partizipative Ansätze. Ohne das wird es nicht gelingen, solche Ansätze in der Fläche umzusetzen. Es geht darum, sogenannte lokale Entwicklungs- oder Verantwortungsgemeinschaften zu schaffen. Das bedeutet, zum einen Kommunen, Wohlfahrtspflege, aber auch Einzelhändler, Ärzte, Finanzdienstleister, wer eben vor Ort da ist, in eine solche lokale Entwicklungsgemeinschaft einzubinden und zum andern – das ist ganz wesentlich – die Bürgerinnen und Bürger in allen Phasen der Quartiersentwicklung mitzunehmen. Wenn

Sie wirklich wollen, dass die Bürgerinnen und Bürger nachher engagiert mitarbeiten, dann müssen Sie sie vorher beteiligen. Sie bekommen kein Engagement ohne Partizipation. Deswegen heißt es, systematisch schon bei der Leitbildentwicklung oder bei der Quartiersanalyse die Bürger zu beteiligen.

Das geht natürlich nicht ohne einen sogenannten Treiber – das haben Sie eben auch schon gesagt, und wir sehen das ganz genauso –, eine Art Quartiersmanagement, ein Netzwerkmanagement, wie man es auch immer nennen will, denn es braucht einen, der die Akteure zusammenholt und die Bürger aktiviert und kleine Entwicklungsmaßnahmen anstößt.

Damit kommen wir zu dem Finanzierungsproblem. Wie finanzieren wir das? Es gibt mittlerweile eine ganze Reihe von Fördertöpfen, über die man das finanzieren kann: das Deutsche Hilfswerk, das KDA. Über Projekte des Programms „Soziale Stadt“ gibt es Möglichkeiten. Es gibt auch einzelne Länder, die das mittlerweile finanzieren, z. B. Nordrhein-Westfalen. In jedem Kreis und in jeder kreisfreien Stadt wird der Anschub für die Quartiersentwicklung in einem Quartier finanziert.

Aber was machen wir, wenn die Förderphase vorbei ist? Das ist immer das Problem. Dann gehen viele der schönen Initiativen verloren. Was haben die Praktiker gemacht? Wir haben eine Reihe von Finanzierungsmodellen entwickelt, wobei ich finde, sie sind alle noch nicht so tragfähig, dass man sie sozusagen in Serie bringen könnte. Ich habe hier ein paar Beispiele angeführt. Manche versuchen es z. B. über eine Betreuungspauschale im betreuten Wohnen oder eine Mietzusatzabgabe oder indem wie beim Bielefelder Modell Sozialleistungen von Einzelnen mit dafür verwendet werden, auch das Quartier zu entwickeln. Alle diese Finanzierungsmodelle sind meines Erachtens nicht unproblematisch, weil dabei immer einige wenige, nämlich die Bewohner, die gesamte Quartiersentwicklung finanzieren, von dieser aber alle profitieren. Das ist nicht gerecht.

Deswegen wäre es schön, wenn die Kommunen im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge diese Finanzierung als ihre Aufgabe begreifen würden. Das tun auch einige – das kann an Beispielen sehen – direkt oder indirekt, beispielsweise über Sozialfonds wie bei der Stiftung Liebenau. Aber viele Kommunen können es zum Teil auch gar nicht, weil sie sich in der Haushaltssicherung befinden und dann solche freiwilligen Leistungen gar nicht finanziert werden dürfen. Da bräuchten wir vielleicht eine andere Sichtweise der kommunalen Aufsichtsbehörden.

Damit komme ich zu meinem letzten Punkt: Was kann das Land – auch der Bund, aber vor allem das Land – tun? Da gehe ich ganz mit Ihnen d'accord: Es bedarf einer Gesamtstrategie. Einzelne Lösungen haben wir schon in den vergangenen Jahren gehabt. Wir fangen ja nicht jetzt mit dem Quartiersentwicklungsansatz irgendwo an, sondern es gibt unheimlich viele Initiativen. Es geht darum, diese verschiedenen Initiativen systematisch zu begleiten und damit mehr in die Fläche zu kommen. Wir glauben, dass es eine systematische Begleitung braucht, zunächst einmal auch die Kommunen dafür zu

sensibilisieren, was für Chancen mit einem solchen Ansatz verbunden sind – das könnte durchaus eine wichtige Aufgabe des Landes sein –, und auch aufzuklären, wie man es denn macht. Wir sind jetzt vielfach in der Phase, dass viele schon erkannt haben: „Ich würde das gern tun“ – ich kenne viele engagierte Initiativen –, sich aber fragen: Wie gehe ich denn vor? Es gibt viele Methoden, die andere ausprobiert haben. Sammeln Sie diese einmal; machen Sie eine Datenbank mit Praxisbeispielen. Das hilft den Leuten vor Ort ungemein.

Aber das Land sollte nicht nur informieren und sensibilisieren, sondern vor allem auch unterstützen. Das würde z. B. heißen, für diejenigen Initiativen, die sich schon auf den Weg gemacht haben, Qualifizierungsmaßnahmen bereitzustellen und einen Lösungsweg für ein verstetigtes Quartiersmanagement zu finden. Das, denke ich, ist eine ganz wichtige Aufgabe.

Regionale Pflegebudgets – Sie haben sie gerade angedeutet –, von der Bertelsmann Stiftung angeregt, sind nicht unproblematisch, weil man Individuelleleistungen auch hier zur Strukturförderung nimmt. Das ist vielleicht nicht der richtige Weg, aber die Denkrichtung ist richtig, dass wir versuchen, die Kommunen zu stärken, dass sie diese Aufgaben mit übernehmen können.

Das würde auch bedeuten, dass das Land zum Teil einzelne Maßnahmen mitfinanziert. Es gibt andere Länder – ich habe soeben Nordrhein-Westfalen erwähnt –, die eine Art Anschubfinanzierung geben. In Bayern erhalten solche Quartiersinitiativen am Anfang 10 000 €, also eine Art Anschubfinanzierung. Das ist sicher hilfreich. Aber auch bei den rechtlichen Grundlagen sollte man vielleicht überlegen, wie man Kommunen, die so etwas umsetzen wollen, aber in der Haushaltssicherung sind – da gibt es auch in Nordrhein-Westfalen eine Initiative –, solche freiwilligen Leistungen ermöglichen kann.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rück: Vielen herzlichen Dank, Frau Kremer-Preiß.

Ich habe bereits Wortmeldungen vorliegen. – Herr Wipp.

Michael Wipp, externes Mitglied: Vielen Dank, Frau Kremer-Preiß, für den interessanten Vortrag.

Ich halte die Quartiersentwicklung auch für einen ganz wichtigen Teil in einem Gesamtsystem, das sich aus vielen einzelnen Puzzleteilen zusammensetzt, damit die unterschiedlichen Angebote für die individuellen Bedarfslagen bereitgestellt werden können. Das erscheint mir von zentraler Bedeutung. Ich halte es für problematisch, wenn das momentan als Heilmittel für alle Probleme dargestellt wird: „Wir machen jetzt Quartiers-

entwicklung, und dann ist alles gut.“ Das ist sicher ein großer Irrtum. Vielmehr wird die Summe der unterschiedlichen Angebote, wie es auch Herr Pfarrer Wößner dargestellt hat, die Lösung sein.

Ich habe zwei Fragen zu Ihrer Präsentation. Sie sagten, es handle sich um Modellrechnungen, die hier angegeben sind. Da ist zum einen von der Reduzierung der Anzahl stationär Pflegebedürftiger um 260 000 bei Quartiersansätzen die Rede. Entschuldigung, aber das halte ich schon fast für Sozialromantik. Ich weiß nicht, wie es Ihnen damit geht, aber diese Zahl finde ich schon etwas überzogen. Vor allem habe ich die Sorge: Das weckt dann irgendwelche Erwartungen, die gar nicht in diesem Maß erfüllt werden können. Das würde aus meiner Sicht dem System schaden. Also meine Frage: Wie beurteilen Sie diese Zahl?

Zum anderen bei der gleichen Darstellung: die Reduzierung der Fachkräftelücke um die Hälfte bei anderer Versorgung der Menschen. Damit habe ich in meinem Denken ein echtes Problem, denn die Notwendigkeit der Hilfestellung, ob Fachkraft oder nicht, hängt doch nicht von der Wohnform ab, sondern vom Hilfebedarf des einzelnen Menschen. Oder mache ich hier einen Denkfehler?

Danke schön.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herr Kunzmann, bitte.

Abg. Thaddäus Kunzmann CDU: Vielen Dank. – Anschließend an die letzte Frage von Herrn Wipp: Sie sagten, wenn man die stationär versorgten Pflegebedürftigen in Pflegestufe I sowie 10 % der Pflegebedürftigen der Pflegestufen II und III nicht stationär versorgen würde, könnte man die Lücke bei den Fachkräften halbieren. Wie lässt sich das bewerkstelligen, dass man Pflegebedürftige in den Stufen II und III quasi durch nachbarschaftliche Hilfe, manchmal auch durch ambulante Hilfe betreut? Ein Pflegeheim ist ja nicht eine Strafe, sondern es soll den Menschen hochwertig versorgen, betreuen und pflegen, und zwar so, wie er es braucht. Die Pflegeheime stehen unter einer starken Kontrolle. Deshalb kann man davon ausgehen, dass sie auch eine hohe Qualität bieten. Wie groß sehen Sie die Gefahr, dass genau diese Menschen dann, wenn sie nicht im Pflegeheim sind, vereinsamen oder auch – ich spreche es so deutlich an – verwahrlosen?

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Herzlichen Dank, Frau Kremer-Preiß, für diesen, wie ich finde, sehr inspirierenden Vortrag, weil er viele Impulse gegeben hat, in welche Richtung wir uns weiterentwickeln können, wenn wir die Zukunftsfragen, die Sie angesprochen haben, befriedigend beantworten wollen.

Ich denke – ich sage dies als Reaktion auf Herrn Wipp –, dass es sicherlich falsch verstanden ist, wenn man jetzt sagen würde: Quartierskonzepte sind sozusagen die Sparbüchse der Zukunft. Das ist mit Sicherheit nicht der Fall. Sie bedeuten im Gegenteil,

dass Ausgaben zwar anders getätigt, aber umfassend geleistet werden müssen. Das Spannende am Quartierskonzept ist, finde ich, dass es nicht nur einen Bereich herausgreift, sondern dass es den gesamten Sozialraum im Blick hat und dass es auch eine sehr gute Antwort, wie ich glaube, gegen Vereinsamung ist.

Sie haben die stationäre Pflege angesprochen und haben gesagt, dass diese sicherlich nach wie vor erhalten bleiben wird. Auch wenn ich davon überzeugt bin, dass wir nicht mehr stationäre Einrichtungen brauchen, wird es sicherlich nicht viel weniger geben. Sie haben den Vorschlag gemacht, sie zu Quartiershäusern umzuwandeln. Mich würde interessieren, was das letztendlich bedeutet.

Dann möchte ich noch nach der Rolle der Kommunen fragen. Baden-Württemberg zeichnet sich ja durch sehr wohlhabende Kommunen aus. Das ist der große Unterschied zu Nordrhein-Westfalen. Macht es Sinn, dass das Land die Moderatorenrolle dafür übernimmt, dass die Kommunen da eine stärkere Verantwortung bekommen? Ich frage vor dem Hintergrund, dass wir heute Vormittag in der Anhörung zur häuslichen Krankenpflege mehrfach den Impuls mitgenommen haben, dass vonseiten der häuslichen Krankenpflege gefordert wird, dass die Kommune in diesem Setting eine wesentlich verantwortungsvollere Rolle spielt. Wie passt das mit der Entwicklung von Quartierskonzepten zusammen?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herr Kollege Reusch-Frey, bitte.

Abg. Thomas Reusch-Frey SPD: Vielen Dank. – Herr Vorsitzender, sehr geehrte Frau Kremer-Preiß, wir haben heute Morgen gehört, dass die ambulanten Dienste oft zu Menschen kommen, die sonst niemanden haben. Wir haben ja den Megatrend Vereinsamung – Individualisierung kann man es auch nennen – und den Megatrend der Ausdifferenzierung. Gegen diese beiden Megatrends stemmt sich das Quartierskonzept. Das finde ich sehr unterstützenswert und für das Menschenbild, das zumindest ich veretrete, sehr hilfreich.

Aus meiner Sicht stellt sich jetzt die Frage: Sie haben natürlich in Ihrer Funktion als KDA die Senioren im Blick. Wie bekommen wir jetzt die ganz verschiedenen Gruppen – Migranten, Arme, Behinderte –, die alle von diesem Quartierskonzept profitieren können, zusammen? Das erscheint mir einfach eine Megaaufgabe. Gibt es da nicht auch konkurrierende Elemente?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Es gibt keine weiteren Fragen. – Dann bitte die Antworten.

Sv. Frau Kremer-Preiß: Natürlich muss man sagen: Solche Quartiersansätze sind eigentlich immer generationen- und zielgruppenübergreifend. So müssten sie gerade bei Kommunen sein. Die Kommunen können bei ihrer Art und Weise, wie sie Quartiere gestalten, nicht immer nur an eine Zielgruppe denken. Von ihrem konzeptionellen Ansatz

sind Quartierskonzepte als Sozialraumkonzepte auch immer zielgruppenübergreifend gedacht.

Ich habe vielfach die Älteren im Blick, nicht nur weil ich vom Kuratorium komme, sondern weil wir gesagt haben: Dieser Quartiersansatz ist im Hinblick auf die Umsetzung schon allein wegen der verschiedenen Bereiche, die man in den Blick nehmen muss – Wohnen, Soziales, Pflege –, ein sehr komplexer Ansatz. Wenn man das Ganze jetzt nicht nur altersgerecht, sondern auch familiengerecht, jugendgerecht, behindertengerecht und migrationsgerecht zu machen versucht, dann fühlen sich die Praktiker zum Teil völlig überfordert, sodass wir gesagt haben: Fangt mit der Gruppe der Älteren an; dann tut ihr ja auch schon viel für andere. Barrierefreie Wohnungen sind ja nicht nur für Ältere interessant, und Begegnungsmöglichkeiten sind genauso für Menschen mit Migrationshintergrund eine ganz wichtige Form, um sich zu integrieren. Das gilt im Grunde für alle Aspekte. Man schadet also den anderen Gruppen nicht, wenn man für Ältere etwas tut.

Dann folgt der zweite Schritt. Die Praxis lehrt mich: Man beginnt mit den Älteren, und sukzessive kommen auch die Jüngeren oder andere Gruppen hinzu. Man kann nach und nach das Quartier auch für die anderen Gruppen erweitern. Das wäre meines Erachtens eine Empfehlung, um das praxisnah durchführbar zu machen, was nicht bedeutet, dass jetzt nur die Älteren im Grunde in die Kommunikation kommen. Ein ganz wesentlicher Baustein ist, Jung und Alt vor allem in die Kommunikation zu bringen. Das wäre eine wichtige Voraussetzung, damit sich dann Strukturen des Gebens und Nehmens entwickeln können.

Zu Ihrer Frage nach der Rolle der Kommunen und was das Land da tun kann: Ich glaube, dass das Land eine ganz wichtige moderierende Aufgabe bekommen muss, um die Kommunen zu befähigen, diese neue, komplexe Verantwortungsrolle zu bewältigen. Das sehe ich genauso. Da brauchen die Kommunen Unterstützung. Unabhängig von finanziellen Ressourcen sind gerade im ländlichen Raum die Bürgermeister mit diesen komplexen Ansätzen vielfach überfordert. Ich kann nur empfehlen, den Kommunen da Unterstützungsstrukturen, was Information, Sensibilisierung usw. angeht, an die Hand zu geben.

Zur Frage, was Quartiershäuser konkret bedeuten: Letztendlich leisten sie nichts anderes als das, was auch viele stationäre Einrichtungen schon jetzt machen. Das ist ja gar nichts völlig Neues. Es geht nur darum, es systematisch zu tun. Der eine Aspekt ist, die Grenzen möglichst niedrig anzusetzen, sie so weit zu senken, dass viele aus dem Quartier ganz unbefangen in die stationäre Einrichtung kommen. Da gibt es sehr schöne Beispiele, wie die Praktiker das machen, nicht nur mit Unterstützungs- oder Beratungsmaßnahmen, sondern z. B. durch Integration eines kleinen Museums, wo vielfältiger Austausch zwischen der Quartiersbevölkerung und den Bewohnern einer stationären Einrichtung gelingt.

Der andere Aspekt ist, dass sich die stationären Einrichtungen als Verantwortungsteil verstehen. Wir wollen ja, dass möglichst viele Personen zu Hause bleiben können. Das ist ja unser Zweck, weil das auch die Älteren und Unterstützungsbedürftigen wünschen. Das heißt, dass wir möglichst die Strukturen vor Ort weiterentwickeln und dass stationäre Pflege in dieser Richtung einen Beitrag leistet, wenn bestimmte Strukturen nicht vorhanden sind. Wenn z. B. keine Infrastruktur mehr da ist: Warum nicht Mittagstisch oder kleine Einkaufsmöglichkeiten, die man sowieso schon als kleinen Kiosk in der Einrichtung hat, für die Quartiersbewohner öffnen, um damit die Strukturen zu stärken?

Das sind die zwei Aspekte. Für die stationäre Pflege ist die Weiterentwicklung zu Quartiershäusern meines Erachtens eine große Chance in Bezug auf den Imageaspekt. Stationäre Einrichtungen haben vielfach noch ein negatives Image, obwohl sie sehr engagiert Leistungen erbringen. Trotzdem haben sie vielfach keine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung. Meines Erachtens bietet sich durch diesen Ansatz, sich zu öffnen und Teil dieser Verantwortungsgemeinschaft zu werden, auch eine große Chance für die stationären Einrichtungen, einmal zeigen zu können, was sie wirklich leisten.

Die Gefahr, dass Quartiersansätze sozusagen zur Spargbüchse der Zukunft werden, sehe ich auch nicht. Ich zeige diese Modellrechnungen zum Teil auf, weil es manchmal schwierig ist, Kämmerer zu überzeugen, dass das ein Ansatz ist, bei dem man nicht direkt sehen kann, dass man Einsparmaßnahmen hat. Es braucht eine gewisse Zeit, dass sich solche Strukturen entwickeln, und dann kann man auch ersehen, dass Einsparungen möglich sind. Mit solchen Modellrechnungen kann man Kämmerern etwas an die Hand geben, dass es sich durchaus lohnt, jetzt schon in solche Strukturen zu investieren, weil man anschließend vielleicht Einsparungen hat. Es gibt ja nicht nur Modellrechnungen, sondern, wie ich gezeigt habe, in einzelnen Kommunen wirklich auch schon Einsparmaßnahmen in dieser Richtung, sodass das gar nicht so weit hergeholt ist. Die Modellrechnungen der Bertelsmann Stiftung und des Bundesbauministeriums bieten natürlich immer Konstellationen, mit denen man bestimmte Dinge erreichen will. Da legt man Berechnungen zugrunde, und diese Annahmen muss man natürlich jeweils im Blick haben. Ob sich damit Einsparmaßnahmen in der angenommenen Dimension erzeugen lassen, ist immer eine andere Frage.

Es zeigt aber meines Erachtens, wie wichtig es ist, die Quartiersansätze hinsichtlich ihrer Wirkungen zu untersuchen. Wir haben außer einer Studie des Netzwerks SONG – Soziales neu gestalten –, der sogenannten SROI-Studie, bisher keine Wirkungsstudie, mit der wirklich belegt werden könnte, was mit solchen Quartiersansätzen erreicht werden kann, sodass wir immer wieder auf Modellrechnungen oder auf Einzelbeispiele angewiesen sind.

Was wir in diesem Zusammenhang genauso bräuchten, wäre ein Instrument für die Kommunen selbst, sodass sie sich relativ leicht einmal ausrechnen können, was es denn bedeutet, wenn sie in die Richtung weitergehen, die Aufgabe, die wir in Zukunft vor uns haben, primär mit dem Ausbau professioneller stationärer Strukturen zu beantworten oder anstelle eines Ausbaus eine Alternative zu entwickeln. Meines Erachtens

würde es den Kommunen auch helfen, wenn sie sich das selbst mit relativ einfachen Mitteln ausrechnen könnten, sodass die Kommunalverwaltung oder die politischen Strukturen mit dem Kämmerer anders verhandeln können, wenn sie in diese Richtung gehen wollen.

Sie haben den Aspekt der Verwahrlosung angesprochen: Wenn wir die häuslichen Strukturen stärken, dass möglichst viele Menschen zu Hause bleiben können, dann könnte die Gefahr bestehen, dass viele noch einsamer werden oder auch Verwahrlosung möglich ist.

Meines Erachtens zielt der Quartiersansatz genau auf das Entgegengesetzte. Man versucht ja gerade durch die Anregung von Kontakten, durch die Eröffnung von Begegnungsmöglichkeiten der Vereinsamung entgegenzutreten. Das gelingt auch bei einigen Gruppen. Aber es gelingt bei manchen Gruppen nicht, die überhaupt nicht zu solchen Begegnungsstätten oder solchen Netzwerktreffen gehen. Es ist nicht einfach, diese Gruppen zu erreichen und mit einzubinden. Ich kenne Projekte, mit denen man das versucht hat. Ich fand es ganz interessant, dass man die Schlüsselpersonen aus dem Quartier, also den Metzger oder den Lebensmittelhändler, zu denen diese Gruppen Kontakt haben, stärker in die Quartiersentwicklung einbindet, um auch diese Gruppen eher erreichen und mitnehmen zu können. Aber da sind wir vielfach am Anfang. Da brauchen wir die Erprobung, wie man gerade diese Gruppen mitnehmen kann.

Zu der Frage, ob Nachbarschaften letztendlich die Versorgung der Schwerstpflegebedürftigen übernehmen: Natürlich geht es immer darum, dass professionelle Pflege auch in professioneller Hand bleibt. Das ist keine Frage. Aber es gibt eine ganze Reihe von Dingen sozusagen aus dem Bereich der Alltagshilfen, und diese können in größerem Umfang auch von anderen erbracht werden. Man muss sagen, dass heute vielfach Angehörige diese kleinen Alltagshilfen – hauswirtschaftliche Hilfen, Fahr- und Begleitedienste usw. – noch erbringen. Aber genau das wird uns in Zukunft wegbrechen, und da sage ich: Wenn es niemand anders machen kann, dann müssten es halt die Profis machen. Aber meiner Meinung nach sollten sich die Profis vor allem auf die Fachpflege konzentrieren. Wir sollten versuchen, für die Alltagshilfen noch stärker mithilfe von lebendigen Nachbarschaften, von Ehrenamtlichen die entsprechenden Unterstützungsstrukturen aufzubauen.

Die Aktivierung des Ehrenamts ist natürlich nicht einfach. Dazu werde ich immer wieder gefragt. Natürlich haben wir Probleme, Ehrenamtliche überhaupt zu motivieren und zu aktivieren. Ich glaube, dass wir in Zukunft viel erfindungsreicher werden müssen, was die Konzeptionierung des ehrenamtlichen Engagements angeht. Wir sollten aber vielleicht gewisse Aufwandsentschädigungen überlegen, gerade vor dem Hintergrund der wachsenden Altersarmut. Wir müssen hier auch die Diskussion führen: Was ist wirklich Ehrenamt, und was ist vielleicht ein Zwischending? Da, glaube ich, sind wir noch lange nicht am Ende. Wenn wir diese Strukturen stärken wollen, müssen wir diese Diskussion führen.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Sind alle Fragen beantwortet? – Dann vielen Dank, Frau Kremer-Preiß.

(Beifall)

Jetzt darf ich Sie, Herr Genz, bitten.

(Sv. Herr Genz: Bekomme ich jetzt ihre Minuten?)

– Nein, Sie bekommen nicht ihre Minuten. Wir fangen bei jedem wieder bei null an. Aber wir sind etwas großzügiger, wenn wir bezüglich des Zeitplans im Vorlauf sind.

Sv. Herr Genz: Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, meine Damen und Herren! Ich bedanke mich zunächst für die Einladung. Ich war noch nie in diesem Raum und bin überrascht, wie bescheiden das Land geworden ist. Ich werde das weitererzählen.

(Heiterkeit)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Der Raum ist gegenüber dem alten Plenarsaal üppig.

Sv. Herr Genz: Ich möchte Ihnen darüber hinaus danken, dass Sie mir als Mannheimer die Gelegenheit geben, vor der Landeshauptstadt zu reden. Meistens ist die Reihenfolge umgekehrt. Ich habe aber der Bürgermeisterin schon gesagt: Ich weiß so viel über die Stuttgarter Altenhilfe, die ich exzellent finde, dass ich in der Lage wäre, ihren Vortrag zu halten, und zwar aus dem Stegreif. Daher wird genügend übrig bleiben.

Zu meiner Person: Ich bin Leiter des Fachbereichs Arbeit und Soziales, bin zuständig für die Hilfe zur Pflege, Sozialplanung, Grundsicherung, Betreuung, offene Altenhilfe, also all das, was im kommunalen Teil anfällt.

Ich bin aber zugleich Vorsitzender des Vereins für Quartiermanagement e. V. Mannheim. Das ist ein Verein, der auf Beschluss des Gemeinderats gegründet wurde und der unterschiedliche Mitglieder hat. Die komplette Wohlfahrtspflege, der Kulturbereich, aber auch Sicherheitsvereine sind dort Mitglieder. Die Festlegung ist, dass die Stadt, weil sie auch der Hauptgeldgeber dieses Vereins ist, jeweils den Vorsitz hat. Das werde ich nachher nochmals erwähnen.

Sie werden in meinem Vortrag erleben, dass ich durch und durch Kommunal bin. Ich behalte diese Brille während des Vortrags auf.

Was ist die Aufgabe einer Kommune? Diese Frage ist sehr oft angesprochen worden. Um es deutlich zu sagen: Die Kernaufgabe der Kommune ist die kommunale Daseins-

vorsorge und im Bereich der Pflege oder Altenhilfe die öffentliche Fürsorge – ein altmodisches Wort, aber ich benutze dieses sehr gern, um deutlich zu machen, dass der kommunale Einfluss, den Sie alle wollen, auf die professionelle Pflege aus meiner Sicht äußerst gering, wenn nicht gar überhaupt nicht vorhanden ist. Wir haben die Pflege komplett in die Systematik der Versicherung gegeben, und es ist wie bei allen Versicherungen: Wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, kommt es auf das Kleingedruckte an. Wir bejammern dann, dass es ein unglaubliches Regelwerk gibt. Ich kenne keine Sozialversicherung, die kompatibel mit öffentlicher Fürsorge ist. Die Krankenversicherung ist es nicht. Wir versuchen, das mühsam über eine Grundgesetzänderung bei der Arbeitslosenversicherung hinzubekommen – mit leidvollen Erfahrungen bei der Konstruktion der Jobcenter, die in der Tendenz aber immer noch sehr stark eben nicht von den Gemeinderäten beeinflusst werden, sondern überwiegend von der Zentrale der Bundesagentur in Nürnberg dominiert werden, auch wenn man Optionskommune ist.

Mir ist es wichtig, festzuhalten: Die Kommune hat keinen Gestaltungsspielraum im Versicherungssystem. Ich kann keinen Beschluss des Gemeinderats für die Krankenversicherung erwirken, sondern das ist ein in der Systematik völlig anders laufendes System, und das kollidiert mit öffentlicher Fürsorge.

Dem gegenüber stehen an anderer Stelle die private Fürsorge und die freie Wohlfahrtspflege, also die freigemeinnützige Fürsorge. Mit denen sind wir eher kompatibel. Aber ich muss sagen, vieles von dem, was ich in den Papieren gelesen habe, fordert, dass wir Gestaltung in der Versicherungslogik bekommen. Das geht in keinem Bereich gut. Auch auf die Rentenversicherung haben wir keinen Einfluss. Mir ist wichtig, dass man das klar von der Logik her auseinanderhält.

Ich will das einmal praktisch erläutern. Wir haben keinen Pflegenotstand. Wir haben einen Überhang von 500 Pflegeheimplätzen, und ich bin ganz aktuell damit beschäftigt, sechs Insolvenzen bei Pflegeheimanbietern zu verhindern. Keines dieser Heime ist mit der Zustimmung der Stadt entstanden. Im Moment entstehen an jeder Ecke völlig ungesteuert Pflegeheime, zum Teil mit 120, 130 Betten – entgegen unserer planerischen Beratung. Da ist ein Markt aus den Fugen geraten. Der Bedarf ist überhaupt nicht da. Er lässt sich nirgendwo nachweisen. Wenn ich morgens die Zeitung aufschlage, dann sehe ich, dass die Betreiber dieser Pflegeheime in großen Inseraten immer noch mit Renditen von 5 bis 7 % werben. Die Griechen sollten ihr Geld da anlegen. Hier ist ungesteuert eine Struktur im stationären Bereich entstanden. Das sah einmal anders aus, aber wir haben keinen Einfluss mehr darauf. Genauso wenig können wir die Struktur im ambulanten Bereich beeinflussen. Auch das war, als es eher an die Fürsorgeleistung angelehnt war, deutlich anders. Die professionelle Pflegestruktur hat sich stark an Marktchancen orientiert und sich damit von den Lebenswelten der Menschen und auch von den Sozialräumen entfernt. Die 60 ambulanten Pflegedienste in Mannheim sind überwiegend im Innenstadtbereich konzentriert. Den ganzen Tag über sehe ich kleine Autos quer durch die Stadt flitzen. Da scheint wenig organisierte Struktur dahinterzustehen.

Der kommunale Einfluss auf professionelle Pflege ist äußerst gering. Ich sehe auch nicht – weil die Pflegeversicherung nach wie vor eine Teilkaskoversicherung ist – dass sich das verändern könnte.

Das Zweite ist: Diese professionelle Pflege ist stärker ökonomisch und zunehmend weniger sozial ausgerichtet. Das ist für eine Versicherungsleistung auch logisch. Das haben Sie bei der Krankenversicherung, und das haben Sie sogar bei der Arbeitslosenversicherung. Nach zehn Jahren Hartz IV ist es uns nicht gelungen, den Berg der Langzeitarbeitslosen in der Versicherungslogik abzubauen.

Die Bedürfnisse der Menschen stehen aber diesen ökonomischen Interessen, also den Renditeinteressen, völlig konträr gegenüber. Ich weiß, die freie Wohlfahrtspflege will da kein Geld verdienen. Sie machen das aus Liebe, was ich sehr schätze. Aber wir haben inzwischen zumindest in Mannheim 40 % professionelle, gewerbliche Anbieter, die völlig legitim Renditen erzielen wollen.

Alle Veranstaltungen, die ich in der Stadt mache, beginne ich bei den Senioren mit der Frage: „Wer von Ihnen will ins Heim? Wer von Ihnen möchte ins Heim?“ Dann frage ich noch nach: „Wer will in ein gutes stationäres Heim?“ Es meldet sich immer noch niemand. Ich sage dann immer: „Ich auch nicht.“ Ich erzähle ihnen dann, dass ich vor zwei Jahren in Dänemark war und es dort ganze Landstriche gibt, wo auf den Ortsschildern steht: „Heimfreie Zone“. Das erträume ich manchmal für Mannheim. Dahinter stehen aber derart ausdifferenzierte soziale Strukturen, die bei uns überhaupt nicht vorhanden sind.

Die Leute wollen zu Hause bleiben. Sie wollen nicht so lange wie möglich zu Hause bleiben, sondern sie wollen bis zum Ende zu Hause bleiben. So äußern sie sich. Das schaffen wir nicht, weil wir diesen Sozialräumen zunehmend, und zwar aus allen Bereichen, die Strukturen entziehen. Wir schließen die Grundschulen. Die Kirchen haben keinen Pfarrer mehr. Die Pfarreien werden zusammengezogen. Das alles waren Strukturen, die genau diesen häuslichen Verbleib unterstützt haben. Ich nehme da keinen Bereich aus. Das ist eine nüchterne Feststellung, dass wir den Sozialräumen diese Strukturen entzogen haben. Der Wunsch ist aber, dort zu bleiben und dort eine Struktur zu haben, in der man leben kann und die für alle verlässlich ist. Das nennen wir heute Inklusion. Inklusion braucht nicht nur solche verlässlichen Strukturen, sondern auch einen überschaubaren Sozialraum. Ich habe eine Definition von Quartier, die wir in Mannheim benutzen: Quartier ist das, was ich als normaler Mensch – nicht als Spitzensportler – in 15 Minuten fußläufig erreichen kann. Das ist das überschaubare Quartier mit einem entsprechenden Radius.

Wie können wir solche Nahraumstrukturen, wenn sie nicht mehr vorhanden sind, schaffen? Auch in Mannheim gibt es Dörfer. Es gibt durchaus noch Bauernhöfe und Landwirtschaft an den Rändern. Da funktioniert das alles noch. Aber es funktioniert in den Kernbereichen der Stadt überhaupt nicht mehr, wo diese Strukturen komplett wegge-

brochen sind. Die Kärneraufgabe für ein Quartiermanagement bzw. für eine Kommune ist: Wie können wir solche inklusiven Sozialräume stützen und neu schaffen?

Dazu bedarf es folgender Aspekte: barrierefreie Wohnungen. Wir haben heute einen Beschluss gefasst, dass bei der städtischen Gesellschaft, die 400 Wohnungen umbaut, mindestens die Hälfte barrierefrei sein muss. Es braucht eine Mobilität. Das geht vom ÖPNV bis hin zu einem Behindertenfahrendienst, den wir zum Teil städtisch bezahlen.

Sie brauchen vor allem eine Nahversorgung, in der Sie für die täglichen Bedarfe – Lebensmittel usw. – einkaufen können. Das haben Sie nicht mehr überall. Die Stadt reagiert darauf mit einem sogenannten Zentrenkonzept. In Mannheim haben Sie keine Chance, am Stadtrand ein Rieseneinkaufszentrum zu errichten. Diese Einkaufszentren liegen alle vor der Stadt. Das schädigt zum Teil die Stadt. Mit dem Konzept werden ganz gezielt die örtlichen Geschäfte gefördert, und es gibt auch sehr klare Vorgaben. Das ist kommunale Planungshoheit; das kann man machen.

Sie brauchen darüber hinaus in den Stadtteilen, wo die Strukturen derart weggebrochen sind, einen professionellen Quartiermanager. Das machen wir im Moment in fünf Stadtteilen. Wir werden wahrscheinlich in diesem Jahr im Herbst beschließen, zwei weitere Stadtteile ans Netz zu nehmen. Professionell heißt, dass Sie mindestens einen Soziologen, einen Stadtplaner, also einen mit einer hohen Kompetenz ausgestatteten Menschen, der das studiert hat, einsetzen. Das ist in fünf Stadtteilen der Fall, die sehr unterschiedliche Probleme haben. Sie haben die Hochhaussiedlung am Stadtrand, die keinerlei Infrastruktur, keine soziale und auch keine andere Infrastruktur, hat. Sie haben aber auch den innenstädtischen Bereich darunter, der keine Infrastruktur – jedenfalls keine Struktur, die funktioniert – hat, weil er 60 % Migranten aufgenommen hat.

Ferner brauchen Sie eine Fülle von anderen Maßnahmen, die begleitend in der Verwaltung laufen müssen. Ich habe alle Bereiche der Sozialverwaltung auf Sozialraumorientierung umgestellt. Buchstabenzuständigkeit gibt es nicht mehr. Die Mitarbeiter müssen die Straßensozialräume kennen; sonst können sie nicht darauf reagieren. Wir haben inzwischen verpflichtend auch zumindest für die Bürger, die bei uns Leistungen erhalten, zweimal im Jahr, wenn sie über 70 Jahre alt sind, den Hausbesuch durch den Sachbearbeiter eingeführt, also eine aufsuchende Arbeit. Wir bauen offensiv haushaltsnahe Dienstleistungen aus und kombinieren das mit Beschäftigungsförderung. Wir haben auf städtische Kosten ein dezentrales Netz an Beratungsstellen, die weit über die Pflegestützpunkte hinaus beraten. Wir hatten es vorher schon. Sieben Beraterstellen, die dezentral vor Ort sind, finanziert die Stadt. Wir haben in den Bereichen, wo keine Lebensmittelversorgung mehr war, die Kombination gefunden mit CAP-Märkten oder BONUS-Märkten, also Integrationsbetrieben, die jetzt die Nahversorgung vor Ort sicherstellen.

Das ganze Spektrum können Sie noch ein bisschen ausweiten. Die Bezirke, die politischen Vertreter vor Ort haben ein eigenes Budget, mit dem sie solche Strukturen unterstützen können. Wir haben die Wohnungswirtschaft, die im Verein für Quartiermanage-

ment sehr stark vertreten ist, gewonnen, da mitzufinanzieren und in ihren Siedlungen – die sind kleiner als Quartiere – entsprechende soziale Strukturen aufzubauen.

Fazit: Unsere Aufgabe ist die öffentliche Fürsorge. Wir unterstützen möglichst private und freigemeinnützige Fürsorge. Ich habe Skepsis, ob es uns gelingt, als Kommune in die Systematik von Versicherungen eine Veränderung zu bringen.

Ich möchte eine Schlussbemerkung machen. Das, was ich als Trend seit zwei Jahren erlebe, ist, dass nicht mehr wir planen, sondern dass jetzt eine Generation kommt, die das selbst plant. Ich las neulich von einer Fortbildung für Altenpflegerinnen, die den Titel hatte: „Hilfe, die Hippies kommen.“ Hier kommen Personen einer Generation – das ist in meinem Zuständigkeitsbereich spürbar –, die es als Jugendliche gelernt haben, sich selbst zu organisieren, die Wohngemeinschaften gewohnt sind und die die Dinge völlig anders betrachten, als wir es noch vor zehn Jahren erlebt haben. Ich glaube, dass wir uns auf solche Strukturen einstellen müssen.

Allerletzte Bemerkung: Die Stadt Mannheim hat eine einmalige Chance. Wir haben einen ganzen Stadtteil, der leer steht, aber voll funktionsfähig ist. Die Amerikaner sind abgezogen und haben uns 500 ha überlassen. Da gibt es einen Stadtteil „Benjamin Franklin“. Da können morgen 8 000 Menschen einziehen. Da ist eine Kirche, da sind zwei Schulen, da ist alles auf dem neuesten Stand. Daher spielen wir fast täglich durch: Wie muss denn ein solches inklusives Quartier, das im Moment völlig leer ist – die Stadt kauft es gerade –, aussehen? Wir planen dort keine stationären Einrichtungen.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Lieber Herr Genz, vielen Dank. Ich verkünde jetzt nicht Ihr Zeitminus. – Herr Hinderer, bitte.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Vielen Dank, Herr Genz, für diesen strukturierenden Vortrag, mit dem Sie die Zuständigkeiten und die Möglichkeiten doch sehr gut eingeordnet haben.

Frau Kremer-Preiß hat vorhin gesagt, die Modellrechnungen der Bertelsmann Stiftung – Verlagerung von stationären Kosten in das Quartier hinein – nimmt sie u. a., um die Kämmerer ins Boot zu bekommen. Jetzt sind Sie als, wie Sie selbst gesagt haben, durch und durch Kommunalen – natürlich Nichtkämmerer – frei. Ich weiß nicht, wie das in Mannheim ist, aber ich ahne, wenn der Sozialplan auf den Kämmerer trifft, wer da oben bzw. unten ist. Was machen Sie für Rechnungen auf, um die Kosten, die Sie gerade benannt haben – fünf professionelle Quartiermanager, Bezirksbudget u. a.; Sie nehmen Geld in die Hand –, gegenzufinanzieren? Welche Gegenrechnungen können Sie denn darstellen, wo an anderer Stelle Kosten eingespart werden? Welche Kosten-Nutzen-Rechnung machen Sie auf, um solche Quartiersentwicklungen finanzieren zu können?

Noch eine zweite, kurze Frage: Sie haben gesagt, ganz wichtig sei die aufsuchende Arbeit. Wie bewerten Sie in diesem Kontext unser Modellprojekt der präventiven Hausbesuche?

Abg. Thaddäus Kunzmann CDU: Ein wesentliches Kriterium ist sicherlich die Barrierefreiheit im öffentlichen Raum und in den Wohnungen. Jetzt sind das alle Häuser, die in den Fünfziger-, Sechzigerjahren gebaut worden sind, als viele Wohnungen gebraucht wurden. Da stand das Thema Barrierefreiheit nicht im Vordergrund. Wie machen Sie das von der praktischen Seite? Sie können ja nicht die Quartiere neu bauen. Die Häuser, die Wohnungen gibt es bereits, und Sie müssen in der Regel im Bestand arbeiten. Wie statten Sie diese Wohnungen barrierefrei aus, zumindest mit Aufzug, dass sie barrierefrei erreichbar sind, ohne dass die Mieter über Gebühr belastet werden? Viele Mieter sind jetzt Rentner, die oftmals nicht den großen Geldbeutel haben, um eine um 2 oder 3 € pro m² erhöhte Miete zu bezahlen.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Kollege Kunzmann. – Frau Mielich.

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Herr Genz, Ihr Vortrag war sozusagen der Konterpart zu dem vorangegangenen Vortrag von Frau Kremer-Preiß. Sie haben gesagt, die professionelle Pflege ist zu 100 % in Versicherungshand; da haben Sie, die Kommunen, überhaupt keine Möglichkeit, in irgendeiner Weise einzugreifen. Wenn Sie nun sagen, es gibt im Raum Mannheim perspektivisch oder auch schon aktuell viel zu viele stationäre Pflegeplätze, stellt sich die Frage, inwieweit es eine Bereitschaft der Träger gibt, sich zu öffnen, oder inwieweit Sie, die Kommune, die Möglichkeit sehen, im Rahmen einer Quartiersentwicklung Träger von stationären Einrichtungen dazu zu bewegen, dass sie das machen, was Frau Kremer-Preiß eben angesprochen hat, nämlich solche stationären Einrichtungen zu Quartiershäusern zu entwickeln.

Dann wollte ich Sie zu den Quartiermanagern, die Sie jetzt eingestellt haben, und überhaupt zu dem Ansatz der Quartiersentwicklung, den Sie in Mannheim verfolgen, fragen: Wie lange machen Sie das schon, und welche Erfahrungen haben Sie? Gibt es da Resonanzen? Wie nimmt die Bevölkerung dieses Angebot an, und wie wird die Bevölkerung bei Ihnen mit eingebunden?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Frau Mielich. – Kollege Haußmann.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Vielen Dank, Herr Genz. Sie haben sehr gut beschrieben, wie Sie von der Stadt Mannheim aus diese Quartiersentwicklung machen, und Sie haben auch gesagt, dass die Wohnungsbaugesellschaften mit in Ihrem Verein sind. Wie kann man sich das konkret vorstellen? Binden Sie diese bei der Entwicklung mit ein? Mich würde auch interessieren: Wenn es dann konkret um Angebote geht, suchen Sie dann nach Betreibern? Schreiben Sie das aus, ähnlich wie man klassische Wohnungsbauprojekte oder Grundstücke ausschreibt?

Wir hatten heute Vormittag u. a. das Thema Pflegestützpunkte. Wenn man in die Auswertung hineinschaut, dann kann man feststellen, dass die beiden Pflegestützpunkte in Mannheim fast die meisten Kontakte haben, bezogen auf die Vollzeitkraft. Offensichtlich haben Sie in Mannheim ein besonderes Rezept, dass diese Pflegestützpunkte so gut angenommen werden. Vielleicht können Sie dazu auch etwas sagen.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Herr Haußmann. – Ich sehe keine weiteren Fragen in der Runde. – Dann darf ich Ihnen das Wort erteilen, Herr Genz.

Sv. Herr Genz: Ich fange mit den Pflegestützpunkten an. Ich wusste gar nicht, dass wir da so viele Kontakte haben. Ich habe eine Erklärung: Der Pflegestützpunkt liegt neben dem Büro für Quartiermanagement, neben einem großen Bürgersaal und neben einem Seniorentreff, in den jeden Tag 200 Leute kommen. Dieser ist auch von der Stadt finanziert im Sinne der offenen Altenhilfe. Ganz obendrüber sitze ich. Vielleicht habe ich auch noch einen Einfluss. Gegenüber haben wir die Volkshochschule, die Abendakademie, wie wir sie nennen. Wir sind mittendrin in einem quirligen Viertel, verkehrlich gut erreichbar. Das ist wohl eine Infrastrukturfrage; anders kann ich mir das nicht erklären. Ich schaue mir das gern an.

Wie binden wir die Wohnungswirtschaft ein? Wir haben unterschiedliche Projekte gemacht. Wir haben zunächst mit den wohnungswirtschaftlichen Unternehmen analysiert: Was habt ihr eigentlich für ein Problem mit euren Mietern? Zum großen Teil – das ist bedingt durch die Situation Mannheims nach dem Krieg: völlig zerbombt – sind die derzeitigen Wohnungen, die in vielen Ecken nicht so schön sind wie die Wohnungen in Stuttgart – Mannheim ist eine Arbeiterstadt –, vor 40 oder 50 Jahren entstanden. Das war der Erstbezug. Viele dieser Mieter – Arbeiter – sind dringeblichen. Wir haben heute ganze Siedlungen, die mehrheitlich von alten Menschen dominiert werden. Es ist ein ökonomisches Interesse, dass diese Mieter so lange wie möglich in ihren Wohnungen bleiben. Das würde sonst zu einer ungeheuren Fluktuation führen.

Deshalb finanzieren die Wohnungsbaugesellschaften sogenannte Mieterberater. Wir haben 30 – das war eine Anschubfinanzierung, die wir vom BMAS bekommen haben – Mieterbetreuer, Personen, die sich intensiv um ältere Menschen kümmern. Diese Mieterbetreuer erbringen ganz konkrete Leistungen: putzen, Gardinen waschen, einkaufen. Das geht über eine elektronische Karte, und das wird unglaublich genutzt. Die Gegenseite – das ist die Win-win-Situation – war, dass 30 ältere Arbeitnehmer, die keine Chance mehr auf dem Markt hatten, Personen um die 60 Jahre, dort Jobs gefunden haben, und zwar regulär bezahlte Jobs, also nichts Subventioniertes. Da gibt es umfangreiche Analysen. Das ist auch betriebswirtschaftlich berechnet worden. Der Vandalismus ist zurückgegangen. Die Fluktuation – das ist für jeden Vermieter das Teuerste – ist mit relativ einfachen Maßnahmen deutlich zurückgegangen. Neben haushaltsnahen Dienstleistungen gibt es einen Faktor, den viele außer Acht lassen: Alte Menschen brauchen Sicherheit. Wenn ein Mieterbetreuer zweimal täglich durch die Wohnung geht

und mit dem Mieter spricht, dann vermittelt das Sicherheit. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Es ist ein reines ökonomisches Interesse der Wohnungsbaugesellschaften.

Die Finanzierung des Vereins für Quartiermanagement: Wir haben ein Budget von 500 000 € für fünf Quartiermanager. Davon finanziert die Stadt 300 000 €, und die Wohnungswirtschaft bringt den Betrag von 200 000 € auf. Das ist nicht billig, weil es hochprofessionell ist. Hinzu kommen natürlich besonders eingeworbene Projektmittel. Ein Beispiel: Wir haben in zwei Quartieren im Moment die Situation, dass wir atypisch eine Zuwanderung aus Bulgarien und Rumänien haben, also 9 000 Zuwanderer. Das explodiert förmlich. Da sind dann jeweils zusätzliche Personen an den Quartiermanager angedockt.

Auftrag des Quartiermanagers ist es, ein Handlungskonzept zu erstellen und eine Vernetzungsstruktur, die in den einzelnen Stadtteilen ganz unterschiedlich aussieht, aufzubauen. Das ist auch die Beantwortung der bürgerschaftlichen Beteiligung. Das ist manchmal informell; mal ist es formell, also dass sich Stadtteilforen bilden, die in bestimmter Weise zusammengesetzt sind, und zwar zu ganz unterschiedlichen Themen. Im Moment haben wir in drei Stadtteilen das Oberthema Zuwanderung und das Oberthema Flüchtlinge – das wird wahrscheinlich woanders auch aktuell sein –, und das wird durch diese professionellen Strukturen bearbeitet. Aber es geht auch um Stadtentwicklung. Es geht um die Frage: Wie entwickelt sich der Umbau einer Siedlung? Da gibt es Mieterkämpfe, die organisiert werden. Es werden Dialoge mit der Kommunalpolitik hergestellt. Das ist ein sehr umfangreicher Prozess. Diese Handlungskonzepte enthalten für alle Zielgruppen gangbare Entwicklungsschritte, sowohl für Arbeitslose als auch für das Thema Kinder, Kinderarmut, Bildung und, und, und. Das ist kein Spartendenken: Wir nehmen uns jetzt die Senioren oder das Pflegeheim vor.

Diese Konzepte müssen vom Gemeinderat beauftragt und verabschiedet werden. Dann ist der Gemeinderat aber auch in der Entwicklung eines Stadtteils an die Umsetzung gebunden und muss entsprechende Ressourcen verfügbar machen. Das geht bis zu „Saubere Stadt“. Das sind Sondermittel, die für das Beseitigen von Dreck usw. eingestellt werden. Da greift eines ins andere. Das ist ein umfassendes, ein professionelles Vorgehen.

Damit verbunden ist die Frage: Wo investiert die Stadt? Wir haben ein Ranking von benachteiligten Stadtteilen. Wir haben diese nach fünf Sozialraumtypisierungen eingeteilt und investieren vorrangig dort, wo die Not am größten ist. Was Not ist, ist unterschiedlich zu definieren.

Welche Modellrechnungen haben wir? Wir haben keine Kosten-Nutzen-Rechnung. Fürsorge nutzt und kostet, aber sie ist nie marktfähig. Da müssten wir in die Versicherungslogik gehen. Ich bin altdeutsch ein Sozialamtsleiter. Ich sage schon seit 20 Jahren dem Kämmerer: Mein Produkt – wir betreiben ja produktorientiertes und zielorientiertes Vorgehen – ist nicht marktfähig; ich nehme das vom Markt. Das kann nicht machen. Gott sei Dank haben wir einen Gemeinderat, der eine andere Rechnung macht: Wie viel ist

uns sozialer Friede in der Stadt wert? Wie viel ist uns Vielfalt in der Stadt wert? Wie wichtig sind uns die Vor-Ort-Strukturen, die Stadtteilstrukturen? Natürlich wollen Kommunalpolitiker wiedergewählt werden. Das kostet also; der Nutzen ist die Wiederwahl von Politikern, die das unterstützen.

Wir haben das Modellprojekt „Präventive Hausbesuche“. Wir hatten uns darum beworben. Wir haben das beste Konzept abgegeben, sind aber dummerweise nicht berücksichtigt worden. Ich will das so auf den Punkt bringen. Ich habe das als Student für die Stadt Kiel gemacht. Ich habe in Kiel studiert und hatte den Nebenjob, für die Stadt den Leuten ab 80 Jahren zum Geburtstag zu gratulieren, ab 90 Jahren im Namen des Ministerpräsidenten und des Oberbürgermeisters. Da habe ich, ausgestattet mit einem Blumenstrauß, die Leute zu Hause besucht, habe ihnen ein kleines Präsent überbracht und habe gesehen, was aufsuchende Hilfe alles sieht. Bei der Rückkehr habe ich immer entsprechende Veranlassungen getroffen, was man da jetzt machen muss, weil jemand vereinsamt ist usw. Nebenbemerkung: Den Job habe ich nur ein halbes Jahr durchgehalten, denn so viel Eierlikör kann man nicht trinken. Meine Leber wäre heute total ruiniert.

(Heiterkeit)

Aber der Job war lukrativ. Er hat mich als Student gerettet.

Jetzt haben wir noch die Frage nach der Bereitschaft stationärer Einrichtungen, sich zu Quartiershäusern zu öffnen. Die Bereitschaft dieser Einrichtungen ist nicht steuerbar. Wir haben vielleicht einen atypischen Markt, weil wir sehr viele freie, also gewerbliche Anbieter haben. Diese sind gewinnorientiert. Die Immobilien werden dann verkauft. Die Stadt müsste sie kaufen. Wir haben aber genügend eigene Immobilien. Wir sind nicht für Gemeinschaftsaktivitäten darauf angewiesen, aus ehemaligen Pflegeheimen oder Teilen von Pflegeheimen Gemeinschaftszentren zu machen. Ich würde das auch kritisch hinterfragen, wenn in der Nähe ein Bürgerhaus ist, wie das in den meisten Stadtteilen in Mannheim der Fall ist. Dann denke ich: Lasst sie doch aus der stationären Einrichtung dort hinkarren. Das machen wir im Extremfall so, dass wir – in meinem Fachbereich machen wir seit 20 Jahren ein Modell – Urlaub aus dem Pflegeheim mit Spendenmitteln finanzieren und mit Leuten der Pflegestufen II und III zwei Wochen in Urlaub fahren. Das ist 2:1-Betreuung; also auf jeden Pflegebedürftigen kommen zwei Betreuer. Was man da erlebt, ist enorm. – In diese Struktur gehen wir also nicht unbedingt hinein, weil wir genügend andere haben.

Zur Frage der Einbindung der Bevölkerung: Quartiermanagement ohne Bindung an Vereine, an alle Strukturen, die vor Ort vorhanden sind, geht nicht.

Ich will noch etwas zur Kernfrage, der Finanzierung, sagen. Ich glaube nicht, dass es ein Interesse bei der Pflegeversicherung gibt, Quartiersentwicklung mitzuzahlen. Unter uns und Tacheles geredet: Sie bekommen ja schon Pickel ins Gesicht, wenn sie die Pflegestützpunkte mitfinanzieren müssen. Das ist nicht wirklich mitgetragen. Das Geld

kommt, aber sie sehen das nicht so richtig ein. Das kann ich auch völlig nachvollziehen, weil das eine völlig andere Logik ist. Das ist wie bei der Hausratversicherung. Daher bin ich froh, dass ich den Gemeinderat überreden konnte, eigene Mittel in die Hand zu nehmen. Ich verschwende nicht sehr viel Energie in die Verbesserung des Versicherungssystems, denn dabei verzehre ich mich und habe nicht wirklich einen Einfluss darauf. Ich kann total nachvollziehen, dass die Pflegekräfte darunter leiden, dass sie Versicherungsleistungen oder Teilkaskoleistungen erbringen, und dass ihr Wunsch ist, Fürsorgeleistungen zu erbringen. Die Krux ist, dass wir in vielen Fällen eine Doppelfinanzierung haben.

Was die Steuerung im stationären Bereich angeht, haben wir Versuche unternommen, die Kunden zu steuern. Das ist uns nicht gelungen. Zumindest in Mannheim war die Situation so, dass ein ganz ausschlaggebender Steuerungsimpuls der Preis war. Wir haben da vielleicht eine besondere Situation, weil unsere Schwesterstadt Ludwigshafen im stationären Bereich deutlich günstigere Pflegesätze anbietet, als sie 500 m entfernt in Mannheim gelten. Wenn Mutter wegen einer hochgradigen Demenz Pflege braucht, ist es ihr eigentlich wurst, ob sie die Pflege wohnortnah oder woanders erhält. Aber den Angehörigen, den Kindern ist es überhaupt nicht egal, wie viel sie zuzahlen müssen. Das entwickelt sich zu einem Megathema, denn es sieht bequem aus: Das Sozialamt finanziert das, was die Teilkasko nicht finanziert. In Wirklichkeit ist es aber so, dass wir in zunehmendem Maße die Angehörigen zur Unterhaltsverpflichtung heranziehen. Das führt zu gewaltigen Konflikten: zu Vorwürfen, sie hätten Oma in das billigere Heim geben können und Ähnliches. Einen wirklichen Steuerungseinfluss darauf haben wir nicht.

Ich sehe auch, dass das, was wir viele Jahre gemacht haben – wir haben das Pflegeheim in einem Stadtteil vernetzt, und es nimmt die Leute aus dem Stadtteil auf –, immer weniger funktioniert. Die wohnortnahe Aufnahme funktioniert nicht mehr, weil der Preis dominant ist und weil wir eine ganz hohe Konkurrenz bei 500 leeren Betten haben. Nur noch die Hälfte der Pflegeheime erreicht eine Auslastung von 70 %. Dann wird es unwirtschaftlich, und da wird konkurrierend geschaut: Wo kann ich noch irgendeinen aufschnappen? Das ist die Situation, mit der wir aktuell konfrontiert sind. In Mannheim ist das vielleicht grundlegend anders als an anderen Orten, aber so ist zumindest die Mannheimer Situation.

Ich bedanke mich.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Fliegender Wechsel. – Liebe Frau Fezer, das Mikrofon gehört Ihnen.

Sv. Frau Fezer: Herr Rüeck, meine sehr geehrten Damen und Herren Abgeordneten, meine sehr geehrten Damen und Herren! Es ist schön für mich, dass ich heute da bin. Nachdem ich gehört habe, was meine Vorredner Ihnen schon mitgeteilt haben, habe ich meine ursprünglichen Pläne, Sie von der segensreichen Wirkung von Quartiersentwicklung zu überzeugen und Ihnen darüber hinaus mitzuteilen, was es dazu bedarf, welche Bausteine erforderlich sind, worauf man achten sollte, welche Akteure mit einbezogen werden sollten, aufgegeben. Das spare ich mir jetzt. Ich glaube, schöner und überzeugender, als wir es gehört haben, kann man es nicht sagen. Das ist zumindest meine Einschätzung.

Ich möchte Sie deswegen über stuttgartspezifische Themen im Zusammenhang mit dem breiten Thema Quartiersentwicklung informieren. Ich berichte Ihnen eingangs über unsere sozialplanerischen Ansätze in diesem Kontext. Dann möchte ich Ihnen ein Beispiel eines Mehrgenerationenhauses in Stuttgart erläutern, in dem vorbildliche Quartiersarbeit geleistet wird. Ich möchte Sie auch über Schwierigkeiten informieren, die auftreten können. Schließlich habe ich noch ein paar Forderungen an das Land. Da bin ich gern bereit, mich ein wenig zu wiederholen. Ich glaube, da können wir manches nicht oft genug sagen.

Beginnen wir mit den sozialplanerischen Ansätzen: Wir haben natürlich auch in Stuttgart einen Sozialdatenatlas. Herr Genz hat das erläutert. Man schaut sich die Sozialräume in einer Stadt an, überlegt dann, wo eine Intervention, eine Prävention nötiger als anderswo ist, und versucht, das einzuordnen. Das ist unser Sozialdatenatlas, mit dem wir uns in unserer Stadt fortbewegen und anhand dessen wir Sozialräume abstecken.

Wir haben uns darüber hinaus – das ist das eine Buch, das ich immer gern hochhalte und auf das ich besonders stolz bin: „Partizipative Altersplanung 2011“ –

(Die Rednerin hält das Buch „Partizipative Altersplanung 2011“ hoch.)

systematisch die verschiedenen Lebensbereiche von alten Menschen in unserer Stadt vorgenommen und unter verschiedenen Aspekten untersucht. Ich nenne als Beispiele: „Vernetzung und Quartiersentwicklung“ war natürlich ein wesentliches Thema, „Selbstbestimmtes und selbstständiges Leben im Alter“, „Gesellschaftliche Teilhabe und Angebote zur Lebensgestaltung“, „Wohnen im Alter“, „Gesundheit“, „Pflege“, „Gerontopsychiatrische Versorgung und Demenz“. Das waren ein paar der Überschriften von Themen, mit denen wir uns in dieser partizipativen Altersplanung ausführlich auseinandergesetzt haben. Auf dieser Grundlage haben wir dann Handlungsempfehlungen entwickelt. Es hat sich herausgestellt, dass sehr viele Ansätze, die wir hier identifiziert haben, aus unserer Sicht nur im Rahmen einer Quartiersentwicklung, also eines sozialräumlichen Ansatzes zu lösen sind.

Wir haben vor allem den Anspruch einer partizipativen Altersplanung sehr ernst genommen, indem wir uns nicht nur im Büro hingesezt und überlegt haben, was gut für

die Stuttgarterinnen und Stuttgarter ist, sondern auch Stuttgarterinnen und Stuttgarter befragt haben. Das Ergebnis ist der „Alterssurvey 2012“.

(Die Rednerin hält die Veröffentlichung „Alterssurvey 2012 – Ergebnisse“ hoch.)

Diesen halte ich besonders gern hoch, weil er wirklich – außer Frau Kremer-Preiß, die jetzt das Wort nicht mehr hat, weil ihre Redezeit abgelaufen ist, dürfte niemand im Raum sein, der mir widersprechen könnte – ziemlich einzigartig ist, zumindest unter dem, was eine Kommune auf den Weg gebracht hat. Ein Alterssurvey ist schon etwas Besonderes.

Wir haben bei diesem Alterssurvey eine enorm hohe Rücklaufquote gehabt. Wir haben alle Menschen über 50 Jahren angeschrieben und ihnen zahlreiche Fragen zu unterschiedlichen Bereichen gestellt: alt werden im Quartier, Altersbilder in einer differenzierten Gesellschaft, soziale Unterstützung im Alter, Gesundheit im Alter, Leben mit Behinderung im Alter, Tätigkeiten und Engagement im Alter, Einkommenslage und Lebenssituation im Alter.

Ein Thema war selbstverständlich auch die Quartiersentwicklung. Wir haben natürlich nicht gefragt: „Was halten Sie von einer Quartiersentwicklung?“, sondern wir haben durch eine Befragung quer durch alle Stadtbezirke, quer durch alle Stadtteile festgestellt, dass die Situation in den Stadtteilen sehr unterschiedlich ist und dass es deswegen sinnvoll ist, dass wir sehr spezifisch an die einzelnen Stadtteile herangehen, wenn es darum geht, Angebote zu entwickeln, uns über die gebotene Infrastruktur Gedanken zu machen. Deswegen haben wir haben auch durch diesen Alterssurvey festgestellt, dass kommunale Planung, die durch quartiersbezogene Aktivitäten die lokalen Gegebenheiten und Charakteristika berücksichtigt, ganz essenziell und unverzichtbar ist.

Wir haben außerdem festgestellt, dass gerade bei den alten Menschen, die zunehmend in höherem Alter auf Unterstützung bis hin zu Pflege angewiesen sind, wenn der Lebenspartner wegfällt bzw. nicht mehr in der Lage ist, diese Unterstützung zu leisten, wenn man allein lebt, wenn auch der Freundes- und Bekanntenkreis zwar anfangs in vielen Fällen durchaus einspringt, dies aber nur kurzfristig tut, es dann eindeutig erforderlich ist, eine Quartiersbetreuung aufzubauen, die Vernetzungsarbeit und die Unterstützung im Quartier zu entwickeln, weil genau das dann dauerhaft nicht vorhanden ist, wenn es nicht strukturiert im Quartier erarbeitet wird.

Das sind zwei wirklich sehr kleine Erkenntnisse aus den beiden großen Konvoluten, die wir entwickelt haben und die uns noch einmal aus eigener Anschauung in Stuttgart bestärkt haben, dass es wichtig ist, eine Quartiersentwicklung zu betreiben. Quartiersentwicklung ist natürlich keine neue Erfindung. Wir sind auch nicht darauf gekommen, weil wir jetzt diese beiden Bücher aufgelegt haben, sondern Quartiersentwicklung ist etwas, mit dem wir uns auch mit Unterstützung des KDA nach Fachtagungen intensiv befas-

sen. Aber es ist auch wichtig, genau herauszufinden, was in dem einzelnen Stadtteil wirklich vonnöten ist und wie man da herangehen kann.

Ich möchte Ihnen ein Beispiel nennen für eine, wie ich meine, sehr gelungene Quartierentwicklung, mit der wir – da übertreibe ich nicht – inzwischen auch international hauseieren gehen. Wir haben internationale Konferenzen mit den Akteuren dieses Mehrgenerationenhauses und sind in intensivem Kontakt mit vielen anderen Akteuren auch im Bundesgebiet. Deswegen möchte ich hier darüber berichten. Viele von Ihnen werden es vermutlich schon kennen. Es handelt sich um das Mehrgenerationenhaus Heschlach. Das ist eines von drei Mehrgenerationenhäusern in Stuttgart.

Von den vier Bausteinen will ich drei nennen, die besonders wichtig sind. Zum einen haben wir das Pflegezentrum in diesem Haus. Das sind insgesamt 84 Plätze, die sich etwa hälftig verteilen: Die eine Hälfte sind normale Pflegeplätze für ältere Menschen, und die andere Hälfte ist für junge Menschen reserviert, die stark behindert sind.

Dann haben wir das Familienzentrum MüZe, das Mütterzentrum. Das ist schon seit 1988 vereinsmäßig engagiert und etabliert. Das ist genau genommen auch der Kern des ganzen bürgerschaftlichen Engagements, das wir in diesem Haus haben. Dort haben sich Mütter damals noch von kleinen Kindern engagiert und zusammengetan und haben ein Café auf den Weg gebracht, das bis heute intensiv genutzt wird. Sie bezeichnen es zu Recht als Wohncafé des Stadtteils. Es steht nicht nur den Müttern offen, die ihre Kinder in der Kita haben, die auch in diesem Mehrgenerationenhaus untergebracht ist. Es steht allen Bewohnerinnen und Bewohnern des Stadtteils offen. Sie können sich dort treffen und dieses Café nutzen, und es wird auch intensiv genutzt. Neben der erwähnten Kita haben wir in diesem Familienzentrum auch noch einen Secondhandladen. So etwas braucht man auch.

Als dritten wichtigen Baustein haben wir das Gebrüder Schmid Zentrum. Das ist die Plattform, auf der sich die bürgerschaftlich Engagierten im Stadtteil treffen. Wir haben 40 Vereine, die dort unterwegs sind. Wir haben in dem Gebäude Veranstaltungsräume und 3 000 Veranstaltungen im Jahr. Dort steppt der Bär; das können Sie sich vorstellen. Da ist wirklich eine Menge los.

Dieses Haus betreibt sich nicht von selbst und ist auch nicht mit gutem Willen auf den Weg zu bringen, sondern wir haben dort städtische Ressourcen investiert. Wir haben dort Personal – das Wort „Kümmerer“ ist gefallen, „Quartiersmanagerin“ kann man es nennen –; es sind insgesamt drei Stellen, wenn ich mich recht entsinne, die sich um den Betrieb des Hauses kümmern, jedenfalls was das bürgerschaftliche Engagement angeht, also die nichts unmittelbar mit dem Mütterzentrum zu tun haben, die natürlich nichts unmittelbar mit der Pflege zu tun haben, sondern die den Betrieb des Hauses als Plattform für das Leben im Quartier in Gang halten.

Neben dem, was im Haus unmittelbar stattfindet, gibt es auch noch einen Bürgerbeteiligungsprozess, der im Jahr 2012 begonnen hat: „Heschlach im Blick“. Da haben sich vier

Arbeitsgruppen etabliert. Die eine Arbeitsgruppe heißt „Feste im Quartier“, die andere „Bürgerschaftliches Engagement in Paten- und Nachbarschaften“, die dritte „Barrierefreiheit und Mobilität im öffentlichen Raum“ und die vierte „Wohnen und Leben im Quartier“. Diese Arbeitsgruppen arbeiten intensiv, und die Ergebnisse werden regelmäßig in Bürgerabenden vorgestellt. Das Fazit der Arbeitsgruppen ist sehr positiv. Ich will Ihnen jetzt nicht im Einzelnen darstellen, was diese Gruppen machen. Aber wichtig ist – das will ich hier ausdrücklich betonen –, dass sie von den kommunal Verantwortlichen – sei es Verwaltung, sei es Politik, also den Stadträtinnen und Stadträten – sehr ernst genommen werden und dass die Anregungen, die dort entwickelt werden, auch aufgegriffen werden. Das ist Voraussetzung dafür, erfolgreich zu sein.

Ich möchte nicht verhehlen, dass es auch schwierig ist, bürgerschaftliches Engagement im Quartier aufrechtzuerhalten. Das ist schon erwähnt worden. Es kommt auch immer darauf an, die richtigen Leute zu finden und sie dann auch bei der Stange zu halten. Das sind zeitaufwendige Prozesse, die straff organisiert werden müssen und die berücksichtigen müssen, dass bei den ehrenamtlich Beteiligten auch leicht Überforderungssituationen eintreten können. Es ist wichtig, dass vermittelt wird, dass von den vielen Ideen, die kommen, nicht jede umgesetzt werden kann. Aber am Ende müssen die Ideen, die herausgefiltert worden sind, in konkrete Ergebnisse münden. Es ist wichtig, dass aus den projekthaften Prozessen nachhaltige Strukturen für das Quartier entwickelt werden. – es müssen also dauerhafte Strukturen geschaffen werden.

Ich wünsche mir vom Land – das zum Schluss –, dass das Land uns in diesen Prozessen unterstützt, gerade auch die kleineren Gemeinden. Ich war Bürgermeisterin in Radolfzell und weiß, dass dort die Kompetenz, die in den großen Ämtern in den großen Städten vorhanden ist, nicht so ohne Weiteres gegeben ist. Dort reist man nicht bundesweit herum, um sich auf Fachtagungen zu informieren. Die Ressourcen dafür sind nicht vorhanden. Deswegen wünsche ich mir hier Unterstützung vonseiten des Landes auch, wenn es darum geht, Informationen und Wissen zu vermitteln.

Ich kann mich gut erinnern – Herr Genz, Sie haben mich auch wieder daran erinnert – an Herrn Dr. Hummel, der sich Mitte der Neunzigerjahre in Baden-Württemberg auf den Weg gemacht und das Thema „Bürgerschaftliches Engagement“ unter die Leute gebracht hat und mich als damals ganz junge Bürgermeisterin angesteckt – wer Herrn Dr. Hummel kennt, weiß, dass er ansteckend wirkt – und begeistert hat. Er hatte damals auch einen Nürtinger Oberbürgermeister angesteckt und begeistert. Aus dem ist dann noch etwas geworden.

So etwas brauchen wir wieder. Wir brauchen Best-Practice-Prozesse. Wir brauchen die Entwicklung von Methoden für partizipative Quartiersentwicklungen. Wir brauchen aber natürlich auch den Ausbau des Wohnraumförderprogramms für den sozialen und barrierefreien Wohnraum, ein Stuttgarter Thema. Man kann gute Ideen haben, aber wenn man den Wohnraum dafür nicht hat, dann wird es schwierig.

Dabei will ich es belassen und bin gespannt auf Ihre Fragen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen herzlichen Dank, Frau Fezer.

Ich habe jetzt Wortmeldungen vorliegen. – Frau Mielich, bitte.

Abg. Bärbli Mielich GRÜNE: Herzlichen Dank für Ihren Vortrag, Frau Fezer.

Es ist ja bekannt, dass Stuttgart einen sehr hohen Anteil von Single-Haushalten hat; 50 %, wenn ich das richtig weiß. Es gibt hier auch – das habe ich jüngst in einer Studie gelesen – bezogen auf Baden-Württemberg den höchsten Anteil an Menschen über 60 Jahren, die allein leben. Wollen Sie die jetzt beginnende Quartiersentwicklung ausweiten – ähnlich wie Herr Genz das für Mannheim dargestellt hat –, dass es noch mehr und eigene Quartiere gibt?

Sie haben pauschal gesagt, Sie wünschten sich, dass das Land Sie dabei unterstützt. Haben Sie da konkrete Vorstellungen? Ich meine, es gibt ja eine Menge an Initiativen, z. B. jetzt Förderung des Mietwohnungsbaus, Förderung des barrierefreien Wohnungsbaus. Das haben Sie als Beispiel angesprochen. Das wird ja bereits gemacht. Für mich ist jetzt die Frage: Haben Sie da ganz gezielte Wünsche? Wäre beispielsweise Unterstützung bei der Entwicklung der Quartierskonzepte oder logistische Unterstützung für Sie hilfreich? Das würde mich interessieren.

Danke.

Abg. Sabine Wölfle SPD: Vielen Dank für Ihren Vortrag. Sie haben soeben das Beispiel Heschlach angesprochen. Es gibt auch noch das Anna-Haag-Haus. Das habe ich mir einmal angeschaut. Das ist ganz ähnlich gestaltet: Leben und Wohnen im Alter, Kita, integrative Arbeitsplätze, starke Vernetzung in das Umfeld, in das Quartier. Das sind sehr gut funktionierende Beispiele.

Aber nach den letzten beiden Vorträgen muss man sich schon überlegen: Wir haben nur eine Handvoll größerer Städte, wo wir so etwas machen können. Was ist mit den vielen kleineren Städten, etwa mit 20 000 oder 25 000 Einwohnern? Wie können wir auch dort solche Projekte umsetzen? Ich halte das für sehr schwierig. Ist das, was Sie hier vorgestellt haben, nur in einer Großstadt wie Stuttgart machbar, oder sehen Sie auch Möglichkeiten, in kleineren Kommunen so etwas zu machen? Ich glaube, das ist wahrscheinlich sehr schwierig.

Abg. Thaddäus Kunzmann CDU: Vielen Dank, Frau Bürgermeisterin. Ich bedanke mich ganz besonders für den Werbeblog mit dem bürgerschaftlichen Engagement am

Schluss Ihres Vortrags, zum einen weil es meine Heimatstadt Nürtingen betrifft, zum anderen weil der Bürgermeister zur damaligen Zeit Guido Wolf hieß.

Sie haben jetzt natürlich sehr stark auf die Stadt Stuttgart abgehoben. Die von Frau Wölfle gestellte Frage bewegt mich auch. Das Heselacher Konzept ist sehr personalintensiv und sehr zeitintensiv. Sie müssen die Menschen mitnehmen. Ich weiß, wie zeitintensiv und auch wie nervenintensiv bürgerschaftliches Engagement sein kann. Wie lässt sich das vom Großen ins Kleine, in eine Gemeinde mit 5 000 oder 10 000 Einwohnern übertragen? Bei 5 000 Einwohnern muss der Bürgermeister das oftmals selbst leisten. Er hat nicht zwei Sozialpädagogen, die ihn unterstützen, sondern da ist er selbst der Sozialpädagoge, der das zu machen und auf alle Probleme einzugehen hat. Wie soll das Konzept auf kleinere Gemeinden heruntergebrochen werden?

Die zweite Frage: Hand aufs Herz, wie groß ist das Umfeld des Projekts in Heselach, von dem Sie berichtet haben? Wie viele Menschen erreichen Sie damit? Erreichen Sie da auch alte Menschen? Wir haben vorhin von Vereinsamung gesprochen. Erreichen Sie mit diesem Konzept auch diese Menschen?

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Vielen Dank, Frau Fezer. Stuttgart hat ja nicht nur einen hohen Single-Anteil, sondern auch einen sehr hohen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund. Es gibt in den Quartieren, in den Bezirken in Stuttgart sehr unterschiedliche Strukturen. Da würde mich interessieren, inwieweit Sie bei der Quartiersentwicklung darauf Rücksicht nehmen, inwieweit es da unterschiedliche Engagementstrategien und auch unterschiedliche Beteiligungen gibt. Sie merken das natürlich auch, wenn Sie die Quartiersentwicklung unter dem Stichwort „kultursensible Pflege“ ausbauen. Welche Besonderheiten sind da zu berücksichtigen, gerade weil jetzt viele Menschen mit Migrationshintergrund zunehmend in die Pflegebedürftigkeit kommen?

Vorsitzender Helmut Walter Rück: Ich sehe keine weiteren Fragen. – Frau Fezer, bitte.

Sv. Frau Fezer: Ich beginne mit Ihrer Frage, Frau Mielich, zur Ausweitung der Quartiersentwicklung. Ich habe jetzt beispielhaft dieses eine der drei Mehrgenerationenhäuser dargestellt. Wir haben natürlich Quartiersentwicklungen auch jenseits von Mehrgenerationenhäusern in Stuttgart. Aber bei diesen ist es natürlich besonders schön und spektakulär. Deswegen habe ich diese genannt.

Wir bieten unser Beratungsangebot „Bürgerservice Leben im Alter“ – so heißt das bei uns – in allen Stuttgarter Stadtbezirken. Über Stadtteilbüros haben wir Anlaufstellen, in denen die Vernetzungsarbeit und die Koordinationsarbeit, die zur Quartiersentwicklung gehört, geleistet wird. Ein ganz wichtiger Aspekt bei der Quartiersentwicklung ist, dass man schaut, welche Hilfsangebote, welche Pflegeangebote, welche Unterstützungsangebote es im Stadtteil gibt. Es muss ja nicht alles parallel laufen. Man kann sich auch aufeinander abstimmen. Ein einzelner alter Mensch muss nicht fünf verschiedene Beratungsangebote bekommen. Auch darum geht es, wenn die Vernetzung, die Koordinati-

on stattfindet. „Bürgerservice Leben im Alter“ bietet weitere Quartiersangebote. Wir haben 34 Begegnungsstätten bzw. Wohncafés, die solche Quartiersangebote machen. Das findet mehr oder weniger intensiv überall bei uns in der Stadt statt.

Sie haben darüber hinaus gefragt, was ich mir vom Land wünsche. Ich meine, dass gerade die kleineren Städte, nach denen auch Herr Kunzmann gefragt hat, genau diese Unterstützung brauchen, die solch eine Quartiersentwicklung auf den Weg gebracht hat. Sie brauchen methodische Unterstützung; das habe ich vorhin erwähnt. Ich könnte mir auch vorstellen, dass man ein Beratungsbüro auf Landesebene installiert, das die Beratung der Akteure vor Ort sicherstellen kann, dort aber auch Prozesse auf den Weg bringt und ein Stück weit begleitet. Das habe ich, wie gesagt, in anderen Kontexten schon erlebt, und das kann sehr fruchtbar sein.

Ein Wohnraumförderprogramm gibt es natürlich schon, aber wir brauchen mehr, und es gab früher auch schon einmal mehr. Bei der Schaffung von sozialem und barrierefreiem Wohnraum gibt es enorme Schwierigkeiten, denen die Eigentümer, aber auch die Mieter im Dialog mit den Eigentümern mitunter gegenüberstehen.

Frau Wölfle, natürlich ist Quartiersentwicklung nicht nur ein Thema für Großstädte. Allerdings haben wir, die Großstädte, eine besondere Verantwortung. Wir haben besonders hohe Anteile an Alleinerziehenden, an Alleinstehenden, an alten Menschen, die auf sich allein gestellt sind. Wir haben auch eine besonders große Zahl an hilfebedürftigen Menschen, und die Nachbarschaftsstrukturen funktionieren nicht mehr so wie in kleineren Orten. Aber Quartiersentwicklung kann ohne Frage auch in Kleinstädten stattfinden. Sie können immer eine Begegnungsstätte aufbauen, in der man sich über die Generationen hinweg trifft. Das ist in einer Stadt jeder Größe möglich. Sie können dort partizipative Prozesse anstoßen, gemanagt durch einen ehrenamtlichen „Kümmerer“ oder durch einen Mitarbeiter einer Behörde. Wir haben in Radolfzell ein kleines Sozialamt gehabt, und auch die Volkshochschule hat sich in diesem Bereich engagiert. Da gibt es verschiedene Möglichkeiten, wenn man Quartiersentwicklung will.

Quartiersentwicklung ist in diesem Kontext – das ist für mich persönlich ein ganz wichtiger Ansatz – auch relevant im Sinne der Partizipation. Wer Partizipation will, wer die Bürger auf dieser niedrighschwelligigen Ebene wirklich beteiligen will, der kann das im Rahmen einer Quartiersentwicklung tun. Denn im Rahmen der Quartiersentwicklung geht es um die Frage: Wie gestalte ich meine Umwelt? Das ist übrigens auch der Weg, wie Ehrenamt organisiert werden kann, nämlich indem Menschen mit in die Verantwortung für ihre Umwelt genommen werden. Das ist auch ein gewisser Anreiz.

Herr Kunzmann, Sie haben erwähnt: In den Kleinstädten muss der Bürgermeister alles selbst machen. Ja, das soll er. Der Bürgermeister muss es machen. Ein ganz wichtiger Aspekt bei der Förderung des bürgerschaftlichen Engagements und damit auch bei der Quartiersentwicklung ist, dass die Anerkennung durch den Bürgermeister, durch die Stadträtinnen und Stadträte auch tatsächlich stattfindet, dass die Menschen, die sich für ihr Quartier engagieren, wichtig genommen werden, dass die Ergebnisse, die sie erzie-

len, Eingang in die gemeinderätlichen Beratungen finden. Das erscheint mir wichtig. Bürgermeister in kleinen Gemeinden sind es gewohnt, vor Ort zu sein. Insofern ist das nichts Ungewöhnliches.

Wie viele Menschen erreichen wir? Ich kann Ihnen jetzt dazu keine Zahl nennen. Aber die Einflussmöglichkeiten des Mehrgenerationenhauses Heschlach reichen über Heschlach hinaus. Da sind 40 Vereine, die nicht nur in Heschlach angesiedelt sind, sondern das betrifft den ganzen Süden Stuttgarts. Die Arbeitsgemeinschaft „Feste feiern“, die Arbeitsgemeinschaft Nummer 1, feiert Feste im ganzen Süden. Da erreicht man viele Menschen.

Vereinsamung: Da sind wir von der Verwaltung gefordert, darauf zu achten, dass auch Menschen, die nicht von sich aus – mitunter auch aus körperlichen Gründen – aus ihren Wohnungen herauskommen, abgeholt werden. Die aufsuchende Sozialarbeit, die Herr Genz schon genannt hat, ist da ein ganz wichtiger Aspekt. Wir haben in den Begegnungsstätten, in den Wohncafés, die wir hier in der Stadt haben, dafür gesorgt, dass diese Menschen abgeholt werden – durchaus auch auf ehrenamtlicher, aber organisiert auf hauptamtlicher Basis. Dass man da eine Nachbarschaftshilfe und Verantwortung aufbaut, gehört einfach dazu.

Herr Haußmann, kultursensible Pflege bei unterschiedlichen Strukturen ist natürlich das große Stuttgarter Thema. Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund ist bei uns in Stuttgart außergewöhnlich hoch. Alles, was Sie in diesem Bereich machen, muss natürlich auch immer Menschen mit Migrationshintergrund betreffen.

Ich meine, das Geheimnis, um auch Menschen, die aus anderen Kulturen kommen, zu erreichen, ist der generationenübergreifende Ansatz, der unabdingbar zu einer Quartiersentwicklung gehört. Wenn Sie eine Kita mit im Kreis der Akteure haben, dann kommen da auch automatisch türkische Eltern oder Eltern aus allen möglichen anderen Kulturen hin, die dort miteinander ins Gespräch kommen, die Beratungsbedarf haben, die vielleicht nicht in eine Beratungsstelle kämen, aber in die Kita – eine Kita ist ein niedrigschwellig zu erreichender Bereich – kommen. Das nutzen wir natürlich. Die Kita ist unser Köder. Deswegen bieten wir Beratungsangebote dort an, bauen unsere Kitas als Familienzentren aus, die gewissermaßen schon Quartiersentwicklungsprogramme sind, und versuchen, so auch an Menschen heranzukommen, die sich normalerweise der deutschen Sozialberatungslandschaft gegenüber doch eher zurückhaltend zeigen.

Kultursensible Pflege ist, wenn die Menschen wirklich alt sind, natürlich ein Thema, um das wir uns kümmern, das wir in den stationären Pflegeeinrichtungen aufgreifen, aber beispielsweise auch in den Mehrgenerationenhäusern. Das ist ein Thema, das uns immer begleitet und dem wir uns auch ausdrücklich widmen.

Ich hoffe und glaube, dass ich alle Fragen beantwortet habe.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Es kommt kein Widerspruch. – Vielen herzlichen Dank, Frau Fezer.

(Beifall)

Haben sich während der Fragerunden noch weitere Fragen für eine Abschlussrunde ergeben? – Das ist nicht der Fall.

Dann darf ich mich bei Ihnen, den Referenten, ganz herzlich bedanken, dass Sie heute Nachmittag die Zeit für uns geopfert haben, uns Impulse gegeben haben, uns in Meinungen und Auffassungen bestätigt haben oder vielleicht auch Horizonte eröffnet haben. Vielen herzlichen Dank dafür.

(Beifall)

Ich darf die öffentliche Anhörung schließen und die Mitglieder der Kommission für 16:15 Uhr zum nicht öffentlichen Teil der Sitzung in den Königin-Olga-Bau, Raum 433, einladen.

Ich bedanke mich bei allen, die bei der Vorbereitung und der Durchführung dieser Anhörung mitgewirkt haben.

Die Sitzung ist geschlossen.

(Schluss des öffentlichen Teils: 15:58 Uhr)

– folgt nicht öffentlicher Teil –

(gesondertes Protokoll)

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

Öffentliche Anhörung am 20.03.2015

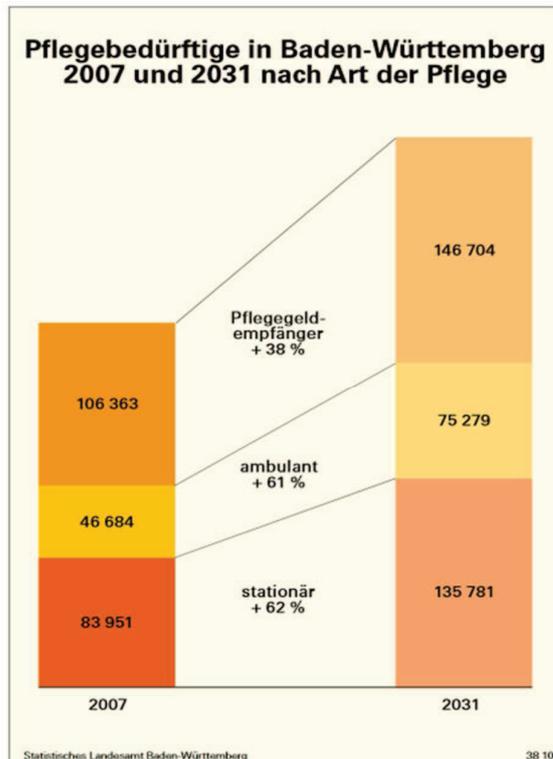
Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)

Monsignore Bernhard Appel
 Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V.



Not sehen und handeln
Caritas

Versorgungssituation in der ambulanten Pflege – Zahlen und Fakten (1)



Ausbau der
ambulanten
Pflege ist
wichtig!

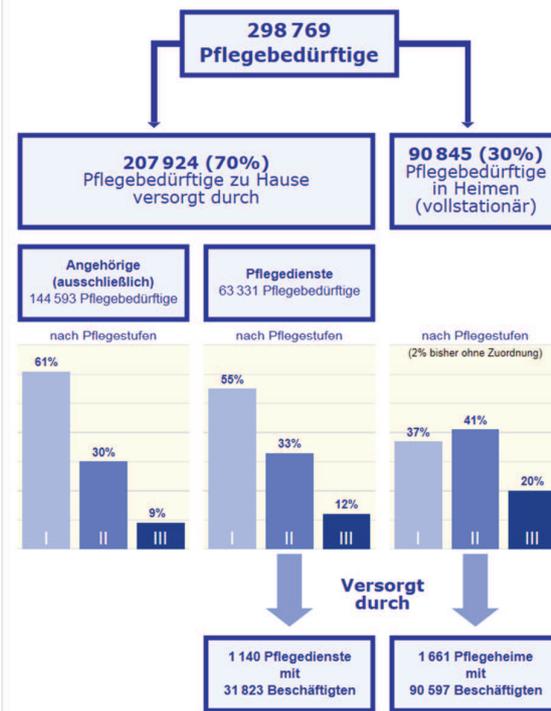


Not sehen und handeln
Caritas

Versorgungssituation in der ambulanten Pflege – Zahlen und Fakten (2)

caritas

Eckdaten der Pflegestatistik in Baden-Württemberg 2013

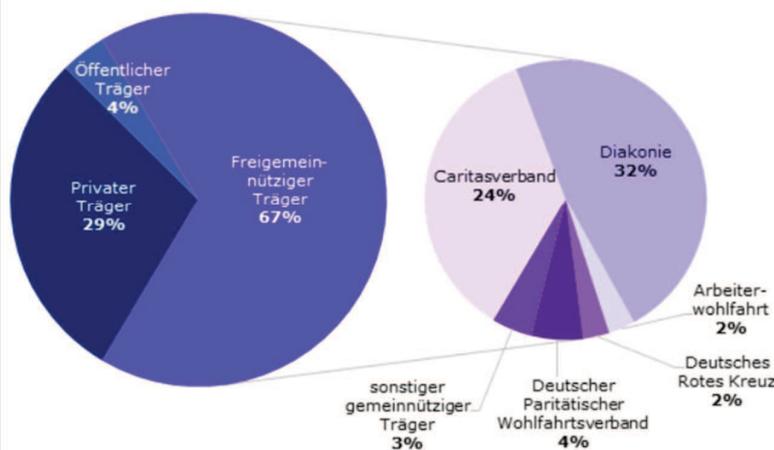


Not sehen und handeln
Caritas

Versorgungssituation in der ambulanten Pflege – Zahlen und Fakten (3)

caritas

Versorgte Personen der ambulanten Dienste in Baden-Württemberg am 15.12.2011 nach Trägern



© Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2013

Mehr als die Hälfte (56%) der Menschen, die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen, wählen eine kirchliche Sozialstation.



Not sehen und handeln
Caritas

Sozialstationen heute – wirtschaftliche Aspekte

caritas

- Um ein Überleben der Sozialstationen zu sichern, bedarf es veränderter Rahmenbedingungen, insbesondere einer verlässlichen Finanzierung: Tarifbedingte Kostensteigerungen der ambulanten Pflegedienste müssen voll refinanziert werden.
- Tarifliche Bezahlung muss auch im Bereich der Krankenkassen als wirtschaftliche Betriebsführung anerkannt werden.
- In Baden-Württemberg setzen sich ver.di, Diakonie und Caritas für eine vollständige Refinanzierung der Tariflöhne in der Sozialwirtschaft ein. Dieses gemeinsame Ziel verfolgt das am 08.12.2014 in Stuttgart gegründete „Bündnis für Tariftreue und Tarifstandards für die Sozialwirtschaft in Baden-Württemberg“.



Not sehen und handeln
Caritas

Beratung

caritas

- Der Bedarf an Unterstützung und Beratung für die Menschen, die ambulante Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, steigt.
- Es braucht aufsuchende Beratung und Begleitung, die die gesamte Lebenssituation der Menschen im Blick hat – in Ergänzung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Arbeit der Pflegestützpunkte.



Not sehen und handeln
Caritas

Palliativversorgung (AAPV und SAPV)

caritas

- Die AAPV (Allgemeine (Ambulante) Palliativversorgung) wird derzeit in Baden-Württemberg von ambulanten Pflegediensten geleistet.
- Für die AAPV mit ihrem hohen Zeitaufwand im pflegerischen und kommunikativen Bereich gibt es keine gesonderte Finanzierung.
- Der pflegerische Teil der AAPV soll keine eigenständige Leistungsform begründen, sondern Bestandteil der Häuslichen Krankenpflege (HKP) sein.



Not sehen und handeln
C a r i t a s

Familienpflege/Haushaltshilfe

caritas

- Die Refinanzierungssituation der Haushaltshilfe (Familienpflege) ist seit Jahren durch eine massive finanzielle Unterdeckung gekennzeichnet.
- Die Bereitstellung von Fachkräften kann derzeit nur durch den Einsatz von massiven Eigenmitteln aufrechterhalten werden.
- Die Familienpflege als notwendiges familienunterstützendes System darf nicht gefährdet werden



Not sehen und handeln
C a r i t a s

Ausblick

caritas

- Die ambulanten kirchlichen Pflegedienste sind im Gesundheitssystem unverzichtbarer Partner und systemrelevant für die Gesellschaft und das Gesundheitswesen.
- Die ambulanten kirchlichen Pflegedienste sind erfahrene Partner, die in Vergangenheit und in Zukunft bereit sind, auch in Modellen Neues zu erproben.
- Die ambulanten kirchlichen Pflegedienste sind Garant für eine flächendeckende Versorgung und unterstützen die Politik in ihrem Auftrag der Daseinsfürsorge.



Not sehen und handeln
Caritas

PFLEGE IN BADEN-WÜRTTEMBERG ENQUETE KOMMISSION

Öffentliche Anhörung 20.3.2015

Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)

Waltraud Kannen

Sozialstation Südlicher Breisgau e.V.

Ambulantes Beratungs- und Pflegezentrum



Wohlfühlen zuhause – mit uns

www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de



STELLENWERT DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE (HKP)

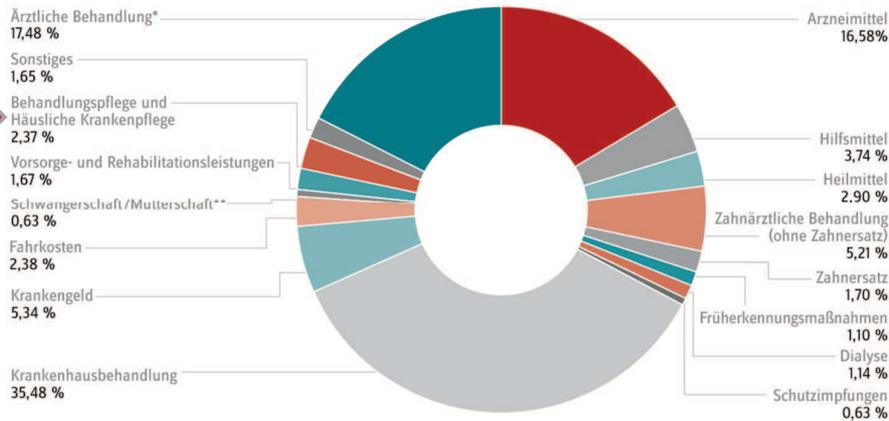
1. Hohe, weiter steigende Bedeutung auch im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit;
2. Flächendeckende Sicherung medizinischer Behandlung mit großer Flexibilität und hoher Fachlichkeit;
3. HKP ermöglicht chronisch erkrankten Menschen ein Leben zu Hause mit höherer Lebensqualität und Teilhabe; spart hohe Folgekosten;
4. HKP bewahrt vor Krankenhausaufenthalt bzw. verkürzt diesen nachweislich;
5. HKP ermöglicht Angehörigen Vereinbarkeit von Beruf und Pflege;
6. HKP stärkt Pflegefähigkeit der Angehörigen, gibt Sicherheit durch professionelle Beratung und Begleitung;
7. HKP hat derzeit bei den Sozialstationen einen Umsatzanteil von 40 – 50%;
(Betriebsvergleich DiCV Freiburg 2013);

www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de



DER ANTEIL DER HKP AN GESAMTAUSGABEN DER KRANKENKASSEN

Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2013 in Prozent



* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten.
** ohne stationäre Entbindung
Summen können rundungsbedingt abweichen.
Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de



HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE (HKP) IM ALLTAG DER SST (I)

1. HKP untersteht dem Diktat der Krankenkassen;
2. Die Rahmenbedingungen der Krankenkassen belasten mit ihrer Bürokratie die Zusammenarbeit von Arzt und Pflegedienst;
3. Folgen: Gefährdung gewachsener gutausgebauter Strukturen durch kurzsichtige Weichenstellung (z.B. Verah);
4. HKP wird aufgrund restriktiver Praxis oft zu spät oder gar nicht in Anspruch genommen;
5. Wir haben Versorgungslücken: Einmal durch Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus (Regelungen des § 37.1. SGB V laufen faktisch ins Leere) und durch Verlagerung der Krankenhausbehandlungen nach Hause;

www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de



HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE (HKP) IM ALLTAG DER SST (II)

1. Fehlende Refinanzierung der Leistungserbringung;
2. Keine finanzielle Berücksichtigung der eingesetzten Zusatzqualifikationen;
3. Pflegefachkräfte stehen im Spagat zwischen pflegerischer Notwendigkeit, Dokumentationsanforderungen und Wirtschaftlichkeit;
4. Hohe Taktung der Hausbesuche bei komplexer fachlicher Anforderung für Mitarbeitende;
5. Kirchliche Häusliche Pflege in Ba-Wü ist seit 2013 in der Kampagne;



Nächste Aktion: am 23. 3.
„Anerkennung Tariflohn bei HKP“
Petitionsausschuss in Berlin

www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de



Sicherstellung des Entlassmanagements

1. Aufgabe der Krankenversicherung ist es, die flächendeckende und ergebnisorientierte Überleitung sicherzustellen (§ 39 SGB V);
2. Das Versorgungsstrukturgesetz (VSG) verpflichtet die Krankenhäuser zur Kooperation und zu einem verbindlichen Entlassmanagement;
3. Keine Refinanzierung unserer Kosten beim professionellen Überleitungsmanagement in das Krankenhaus und bei der Übernahme aus dem Krankenhaus;

Wir brauchen Ihre politische Unterstützung im Rahmen der geplanten Neuregelung im VSG. Wir fordern eine gleichberechtigte Gestaltung der vertraglichen Bedingungen und eine finanzielle Übernahme der Kosten der Pflegedienste.

www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de



NOTWENDIGE WEICHENSTELLUNGEN

- Wir brauchen dringend eine Stimme (5. 3. Übergabe von 16.500 Stimmen pro Pflegekammer);
- Gleichberechtigte Aufgabenverteilung zwischen Gesundheits - Akteuren mit Einbindung akademisierter Pflege, generalisierter Ausbildung und multiprofessioneller Versorgungsmodelle;
- Politische Beteiligungsstrukturen und Anreize für Entwicklung der ambulanten Pflege mit Blick auf ländlichen Raum, sektorenübergreifenden Blick und komplexen Versorgungssettings;
- Langfristig könnte eine Steuerung auf kommunaler Ebene sinnvoll sein mit Sozialraumorientierung zur Bürgergesellschaft;
- Unser Ziel: hochqualifizierte Pflegefachkräfte weiterhin „am Bett“;

_____ www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de _____



WIR BIETEN AN

- Wir verfügen über 40 jährige Erfahrung und Übung in der Zusammenarbeit mit Kirchen, Gemeinden, Ärzten und anderen Akteuren;
- Wir leben aus Tradition das zukunftsweisende Prinzip einer "geteilten Verantwortung" durch einen partnerschaftlichen Mix von Engagierten aus der Bürgerschaft, An- und Zugehörigen und Pflegeprofis;
- Einige von uns gestalten seit Jahren bedarfsgerechte, zeitgemäße Infrastruktur zum Beispiel für Menschen mit Demenz mit;
- Wir stehen in Stadt und Land bereit für Modellprojekte, die nachhaltig eine gute pflegerische Versorgung und soziale Teilhabe für unsere BürgerInnen sichern, sowie gesunde Arbeitsbedingungen und Entwicklung für unsere Mitarbeitenden ermöglichen;

_____ www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de _____



Es geht **nur** Miteinander

Am Umgang unserer Gesellschaft mit Pflegebedürftigen und Pflegenden zeigt sich, wessen Geistes Kind wir sind.

Häusliche Pflege ist systemrelevant;



www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de



Herzlichen Dank



www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de





„Ambulante häusliche Pflege und häusliche Krankenpflege (HKP)“

Öffentliche Anhörung am Freitag, 20. März 2015

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

„Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)“



Kurze Vorstellung des Unternehmens:

- 1. Dezember 1994
- 4 ambulante Dienste, 1 ambulanter Intensivdienst, Service GmbH mit eigenem Seminarwesen
- 220 Mitarbeiter davon 8 Auszubildende in der Altenpflege und 4 Auszubildende im Bereich Kaufleute im Gesundheitswesen
- Auszeichnungen der DIHK für die Ausbildung Kaufleute im Gesundheitswesen (1 Bundes-, 1 Landes- und 1 Regionalbester)
- 2007 Innovationspreis des Vincentzverlages
- Seit 2011 Vizepräsidentin des Bundesverbandes Privater Anbieter und Sozialer Dienste (bpa)



In Baden-Württemberg werden über **60.000** **Pflegebedürftige** in der eigenen Häuslichkeit von zugelassenen ambulanten Pflegediensten versorgt.



Ambulante Pflegedienste übernehmen

- Grundpflege
- Behandlungspflege
- Hauswirtschaftliche Versorgung
- Betreuung
- Beratung
- Familienpflege
- Häusliche Intensivpflege

Die Arbeit der ambulanten Dienste sicher den Verbleib in der Häuslichkeit und vermeidet bzw. verkürzt Krankenhaus- und Pflegeheimaufenthalte.

Ambulante Pflegedienste sind Eckpfeiler des Gesundheitswesens!



Versorgungssituation in Baden-Württemberg*

In Baden-Württemberg gibt es 1.140 ambulante Pflegedienste mit insgesamt 31.823 Beschäftigten.

Die meisten Einrichtungen sind in privater (51,5 %) oder frei-gemeinnütziger Trägerschaft (45,2 %).



Derzeit gibt es eine flächendeckende Versorgung in Baden-Württemberg mit häuslicher Pflege / häuslicher Krankenpflege und keine „weißen Flecken“.

ABER: Die (ambulante) Pflege steht vor großen Herausforderungen (demographische Entwicklung / Fachkräftemangel) und muss für die Zukunft gestärkt werden.



Versorgungssituation in Baden-Württemberg

Pflegedienste arbeiten täglich eng mit den Hausärzten zusammen und sind kompetenter Partner in der Versorgung.

Ist ein weiterer Ausbau der Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (Verah) notwendig?

Nein!

Ambulante Pflegedienste gewährleisten eine umfassende Versorgung aus einer Hand, die neben der Behandlungspflege auch die Grundpflege und die Hauswirtschaft mit berücksichtigt.

Ambulante Pflegedienste sind rund um die Uhr erreichbar und verfügen über speziell ausgebildete Mitarbeiter.



Finanzierung der ambulanten Dienste

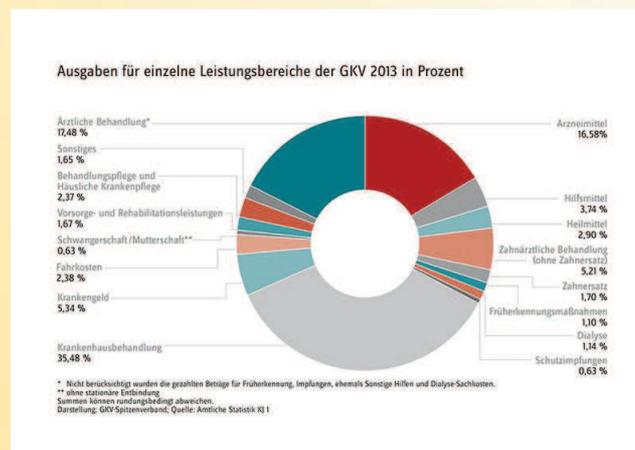
Ambulante Pflegedienste benötigen eine leistungsgerechte Vergütung für ihre erbrachten Leistungen. Die Schere zwischen steigenden Personal- und Sachkosten und Vergütungen ist in den letzten Jahren immer weiter auseinandergegangen.

Probleme:

- „Grundlohnsummensteigerung“
- Kostenträger akzeptieren nachgewiesene Kostensteigerungen nicht (bei Verhandlungen auf Landesebene und in der Intensivpflege)
- Krankenkassen beklagen Schiedssprüche „reflexartig“ und ziehen Verhandlungen jahrelange in die Länge

Kranken- und Pflegekassen müssen sich in den Vergütungsverhandlungen ihrer Verantwortung um die pflegebedürftigen Menschen in Baden-Württemberg stellen!

Finanzierung der ambulanten Dienste



Die Investitionen in die häusliche Krankenpflege sind gering (2013: 2,37 % der Ausgaben der GKV) – die Rendite („Verbleib in der Häuslichkeit“) ist groß!

Genehmigungsverhalten in der häuslichen Krankenpflege

Es gibt Krankenkassen, die Verordnungen pauschal ablehnen und abwarten, ob sich Versicherte oder Pflegedienste wehren. Die Gründe für die Ablehnungen sind z.T. abenteuerlich:

- Menschen mit Parkinson sollen Ehepartnern Augentropfen geben
- Angehörige komplizierte Wundversorgungen übernehmen
- Berufstätige Kinder 5x täglich Medikamentengabe übernehmen

Pflegedienste unterstützen und beraten ihre Kunden bei solchen Fragestellungen. Der zeitliche Aufwand ist für die Einrichtungen immens.

Die Kosten für das Prüf- und Genehmigungsverfahren sind riesig. Wir brauchen mehr Vertrauen in die Arbeit der Ärzte und Pflegedienste vor Ort. Der Genehmigungsvorbehalt in der häuslichen Krankenpflege muss in Frage gestellt werden.

Bürokratische Anforderungen

Ambulante Pflegedienste müssen sich auf ihr „Kerngeschäft“ konzentrieren können und von bürokratischen Anforderungen befreit werden.



Entbürokratisierung der Pflegedokumentation startet im Januar 2015

Das Projekt wird durch große Eigeninitiative der Trägerverbände (bpa / LIGA) getragen. Auch alle anderen Partner müssen zu ihren Zusagen stehen und für eine flächendeckende Umsetzung in Baden-Württemberg sorgen!

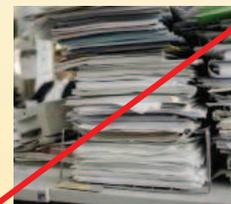
Umsetzung des Datenträgeraustausches (DTA)

Die Abrechnung der erbrachten Leistungen per DTA stellt eine Entlastung und eine Entbürokratisierung für die Pflegeeinrichtungen dar. Die Verpflichtung zur Abrechnung per DTA und zur Entgegennahme der Daten besteht bereits seit 1992.

Mit der AOK Baden-Württemberg gibt es eine – vorbildliche – Vereinbarung zur papierlosen Abrechnung von Pflegeleistungen.

Die anderen Kranken- und Pflegekassen setzen die Vorgaben nicht um oder erschweren das Verfahren durch die Anforderungen von zusätzlichen Papiernachweisen.

Der DTA muss – endlich – flächendeckend und papierlos umgesetzt werden!



Pflegeberatung

Der Bedarf an Pflegeberatung ist unbestritten groß und steigt weiter.

In Baden-Württemberg gibt es derzeit 48 Pflegestützpunkte.



- pro Vollzeitstelle werden 4,4 Anfragen gestellt
- das KDA fordert (als ursprünglicher Initiator wenig überraschend) den weiteren Ausbau der Pflegestützpunkte

Ist das die Pflegeberatung, die die Menschen brauchen?

NEIN !

Pflegeberatung

Durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurde ein verbindlicher Rechtsanspruch auf Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI eingeführt.

Die Pflegekassen kommen ihren Beratungsaufgaben aber nur unzureichend nach – zahlreiche Ansprüche (Verhinderungspflege, zusätzliche Betreuungsleistungen, Hilfsmittel,...) werden nicht genutzt, weil die Menschen nicht darüber Bescheid wissen.

Ist das die Pflegeberatung, die die Menschen brauchen?

NEIN !

Pflegeberatung

Pflegeberatung muss umfassend sein und sämtliche Aspekte beinhalten:

Ambulante Pflegedienste beschäftigen tausende von qualifizierten Pflegeberatern. Ihre Beratungsleistungen sind auf den Einzelfall zugeschnitten!

- Situation in der häuslichen Umgebung / Wohnumfeld
- Pflegepersonen / Angehörige
- Zusammenarbeit mit Ärzten / anderen Leistungserbringern
- Hilfsmittel
- Prophylaxen u.v.m.

Vorhandene Mittel müssen in die Vergütungen der Beratungsleistungen der Pflegedienste investiert werden. Der geplante weitere Ausbau der Pflegestützpunkte ist nicht zielführend.

Beruf „Altenpfleger“ / Ausbildung

- in Baden-Württemberg arbeiten fast 30.000 staatlich ausgebildete Altenpfleger in der ambulanten und stationären Pflege*
- derzeit über 10.000 Auszubildende in der Altenpflege / Altenpflegehilfe
- steigende Ausbildungszahlen in BW und bundesweit

Altenpfleger sind Leistungsträger der häuslichen Pflege !

Vorsicht vor der Abschaffung der Altenpflege:

„Nein! Zur Generalistik!“

* Zahlen der Pflegestatistik 2011



Beruf „Altenpfleger“ / Ausbildung

2012 wurde die „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ gestartet.

Partner der Offensive sind die beteiligten Bundesministerin, die Ländern, die Bundesagentur für Arbeit, Kostenträger, bpa, Wohlfahrtsverbände, Gewerkschaften und die Berufsgenossenschaft.

Seither wurden bereits große Anstrengungen unternommen:

- Kampagne „Vom Fach für Menschen“
- Azubi – Award des bpa



Wir müssen alle gemeinsam für den Beruf werben!

Macht eine Pflegekammer den Beruf attraktiver?

Die Pflege muss gehört werden!

Wir benötigen aber **KEINE** Kammer in Baden-Württemberg, die bei den wesentlichen Punkten nicht mitreden darf.



„Ich möchte nicht, dass meine Mitarbeiter in eine weitestgehend wirkungslose Kammer gezwungen werden und diese auch noch bezahlen müssen!“



Betreuung in der eigenen Häuslichkeit

Pflegestärkungsgesetz: 40 % der Sachleistung dürfen für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote verwendet werden.

→ Erstmalige Öffnung der Sachleistung für Anbieter ohne die verbindlichen Qualitätsanforderungen aus dem SGB XI

Die Länder sind ermächtigt, Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote zu bestimmen. Hierzu wird derzeit die sog. „Betreuungsangebote-Verordnung“ überarbeitet.

Die gesetzliche Neuregelung darf kein Einfallstor für Billiganbieter sein, die gewachsene, qualitätsgesicherte Strukturen in BW gefährden.



Betreuung in der eigenen Häuslichkeit

Auch häusliche Betreuung gehört in professionelle Hände und muss zumindest an einen zugelassenen Pflegedienst angebunden sein!

Die bisherige „Betreuungsangebote-Verordnung“ sieht als Voraussetzung für die Anerkennung die Einbindung von bürgerschaftlichem Engagement vor.

Bei der Überarbeitung der „Betreuungsangebote-Verordnung“ müssen zugelassene ambulante Pflegedienste berücksichtigt werden!

Private Träger – meist ohne ehrenamtliche Mitarbeiter – sind für ein flächendeckendes Angebot an (qualitätsgesicherten) niedrigschwiligen Betreuungs- und Entlastungsdiensten unverzichtbar und müssen berücksichtigt werden.



Ambulante Pflegedienste und ihre Mitarbeiter leisten täglich einen bemerkenswerten Beitrag zur Versorgung der kranken und pflegebedürftigen Menschen in Baden-Württemberg.

Der MDK vergibt auch im Bundesvergleich Bestnoten für die Einrichtungen in Baden-Württemberg.

Wir können stolz sein, auf das hohe Versorgungsniveau in Baden-Württemberg!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

QUARTIERSENTWICKLUNG IN DER SAMARITERSTIFTUNG

*Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg“,
öffentliche Anhörung am 20. März 2015*

„Quartiersentwicklung, neue Wohnformen, Wohnumfeld und Sozialraum“

Pfarrer Frank Wößner, Vorstandsvorsitzender der Samariterstiftung

WAS BEWEGT DIE SAMARITERSTIFTUNG INS QUARTIER?

Gesellschaft im Wandel

- Menschen wollen am gesellschaftlichen Leben teilnehmen (Teilhabe)
- Gesetzliche Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention: Teilhabe von Menschen (Inklusion)
- Menschen wollen sich in ihrem direkten Umfeld einbringen, selbst über die Ausgestaltung ihres Sozialraums bestimmen (Selbstverantwortung)
- Menschen wollen auch bei Hilfebedarf im gewohnten Umfeld verbleiben
- Das Familienpflegepotential nimmt ab
- Der Fachkräftemangel verschärft sich
- Deutliche Zunahme der Zahl älterer Menschen



Leitfrage 6

RICHTUNGSENTSCHEIDUNGEN – GRUNDLAGE FÜR DAS KONZEPT

Die Gedanken der Samariterstiftung zur Quartiersentwicklung

- **Gesellschaftliche Teilhabe** ermöglichen für Menschen mit Zugangsschwierigkeiten
- Lösungen für den **demographischen Wandel** finden
- Menschen für **ehrenamtliches Engagement** gewinnen und begleiten
- **Selbtsorgefähigkeiten der kleinen Lebenskreise** wie Familie, Nachbarschaft, Vereine etc. stärken, zivilgesellschaftliche Zukunftsvisionen entwickeln
- **Nachbarschaftsgedanken** anregen/wiederbeleben
- **Barrieren zwischen Fachbereichen abbauen**, Akteure vor Ort wirken besser zusammen (Sozialversicherungszweige, kommunale Ämter, ambulant/stationär etc.)
- Heime und Dienste zu **Kompetenzzentren für Fragen des Alters und bei Behinderung** entwickeln

-> integrierte Quartiersstrategie in Baden-Württemberg notwendig



Leitfragen 1 und 3

SAMARITER
STIFTUNG

RICHTUNGSENTSCHEIDUNGEN – GRUNDLAGE FÜR DAS KONZEPT

Was lässt sich mit Quartiersentwicklung bewegen?

Die Arbeit im Quartier ...

- ... ergänzt die professionellen Angebote (Pflegeheim und ambulante Dienste)
- ... verbindet professionelle und ehrenamtliche Hilfen (Hilfe-Mix)
- ... unterstützt den Wunsch des Einzelnen nach Selbstbestimmung und Teilhabe (Beratung/Case-Management)
- ... bündelt Kompetenzen und Kapazitäten Sozialer Arbeit (quartiersorientierte Weiterentwicklung sozialer Dienstleistungen, Leistungskette)
- ... schlägt die Brücke zwischen Politik, Unternehmen, sozialen Dienstleistern und Bürgern



Leitfrage 3

SAMARITER
STIFTUNG

- **Quartierskoordination**
Ansprechpartner/in für die Quartiersentwicklung (Moderator/in, Case-Manager/in: Beratung und Koordination, Vernetzung der Angebote), in der Regel hauptamtlich (Kontinuität)
- Einfach zugängliche **Räumlichkeiten** als Treffpunkte für Aktivitäten im Quartier (quartiersbezogene Gemeinbedarfsangebote)
- **Barriere-armes Wohnumfeld**
im öffentlichen Raum
- **Barrierefreier individueller Wohnraum**
- **Abgestimmte soziale Dienstleistungen**
- **Örtliche Infrastruktur**
(Einkauf, Ärzte, ...)



Leitfrage 1

HERAUSFORDERUNGEN

Akteure im Sozialraum einbinden

- **Bürgerinnen und Bürger**
- **Wohnungswesen**
- **Kommunen**
- **Freie Wohlfahrtspflege**
- **Kirchen**
- **Gewerbetreibende, Handel, Unternehmen**
- **Vereine, Schulen, Volkshochschulen, Gruppen, Initiativen**



Leitfrage 5

Nachbarschaft entwickeln - „Rund um den Feuerbacher Balkon“, Stuttgart (Quartiersgedanken umsetzen)



Anlass: gemeinsames Projekt mit dem Siedlungswerk – Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten, neue Form von Nachbarschaft

Start: November 2011

Stand: Aufbau Talent- und Zeitbörse, Quartiersbüro

Erfahrungen: große Offenheit bei Anwohnern, Stadt und Institutionen; Frage nach Organisation und Finanzierung steht an

Dienstleistungsstruktur entwickeln - Beispiel Leonberg

Anlass: stärkere Einbindung ins Gemeinwesen gewünscht, Dienstleistungen weiter entwickeln

Start: Mai 2013

Stand: Konzepterstellung/Kontaktgespräche

Erfahrungen: große Offenheit bei Bürgern, Stadt und Institutionen



Beratung bieten - Beispiel PAULA in Pfullingen

Anlass: Auf- und Ausbau nachbarschaftlicher Unterstützung, Koordinierung von freiwilligem Engagement und professioneller Unterstützung, damit Menschen im gewohnten Umfeld bleiben können (Case-Management)

Start: Januar 2013

Stand: Aufbau gemeinsame Anlaufstelle, Öffentlichkeitsarbeit, Stadtteiltreffen

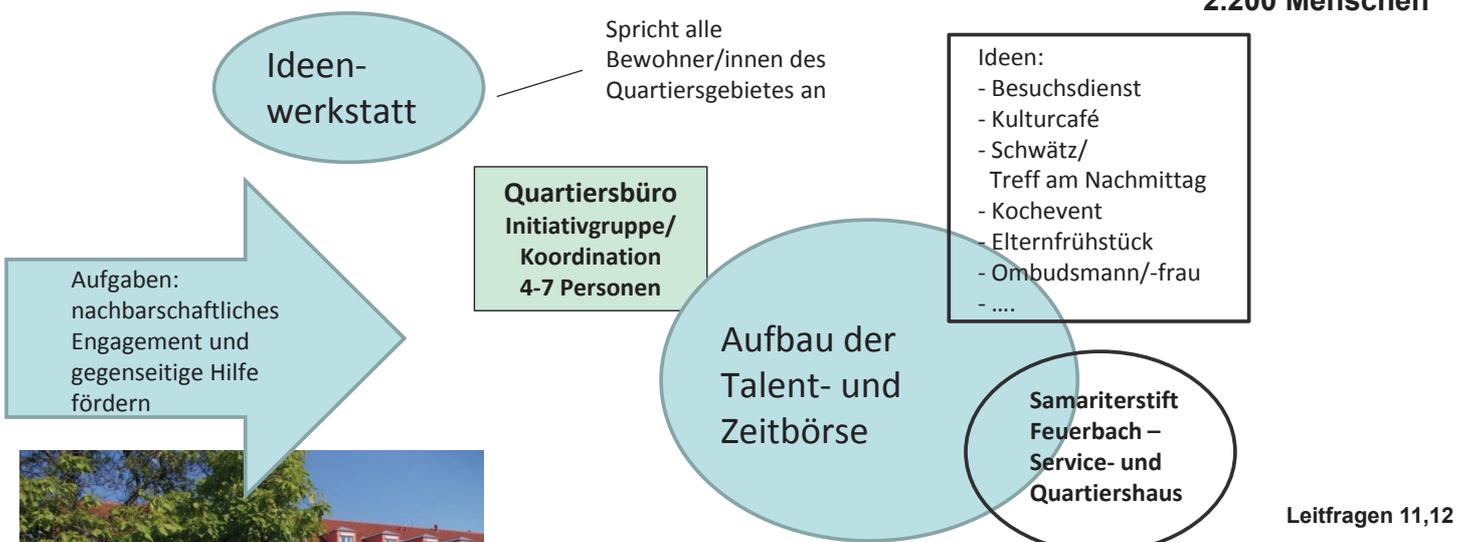
Erfahrungen: BesT-Modellprojekt mit fachlicher Begleitung, große Offenheit bei Stadt und Institutionen

Leitfragen
4,10,11,12

Nachbarschaft entwickeln - „Rund um den Feuerbacher Balkon“, Stuttgart

Ziel: Menschen können trotz Unterstützungsbedarf im Quartier wohnen und dort am gesellschaftlichen Leben teilnehmen.

Größe Quartier:
2.200 Menschen



Anlass: gemeinsames Projekt mit dem Siedlungswerk – Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten, neue Form von Nachbarschaft

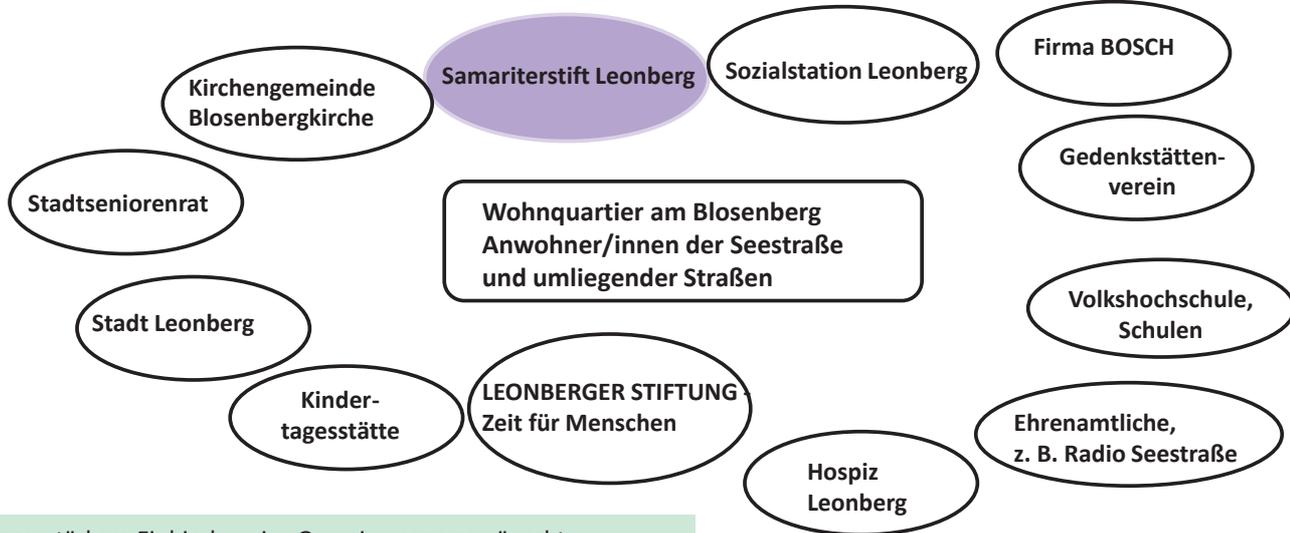
Start: November 2011

Stand: Aufbau Talent- und Zeitbörse, Quartiersbüro

Erfahrungen: große Offenheit bei Anwohnern, Stadt und Institutionen; Frage nach Organisation und Finanzierung steht an

Dienstleistungsstruktur entwickeln - Beispiel Leonberg

Wohnquartier am Blosenberg – Samariterstift als Teil des Gemeinwesens



Anlass: stärkere Einbindung ins Gemeinwesen gewünscht, Dienstleistungen weiter entwickeln
Start: Mai 2013
Stand: Konzepterstellung/Kontaktgespräche
Erfahrungen: große Offenheit bei Bürgern, Stadt und Institutionen

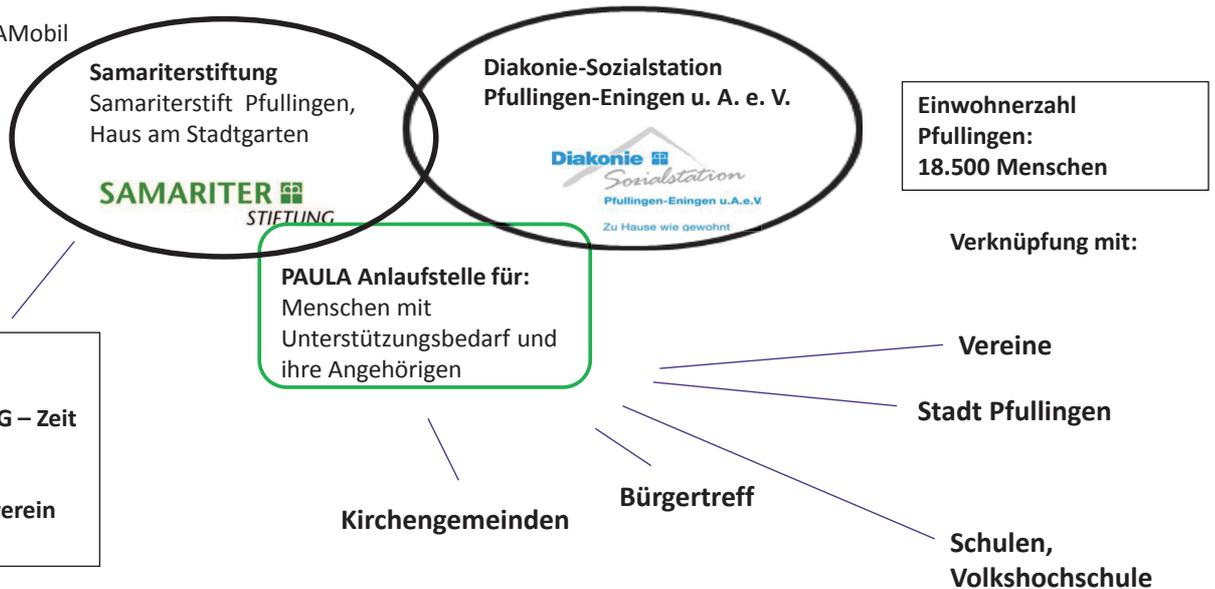
Leitfragen 4,10

SAMARITER STIFTUNG

Beratung und Begleitung bieten - Beispiel PAULA in Pfullingen

Angebote

- Häusl. Pflegedienst SAMobil
- Servicewohnen
- Ambulante WG
- Tagespflege
- Kurzzeitpflege
- Samariterstift



Anlass: Auf- und Ausbau nachbarschaftlicher Unterstützung, Koordinierung von freiwilligem Engagement und professioneller Unterstützung, damit Menschen im gewohnten Umfeld bleiben können (Case-Management)
Start: Januar 2013
Stand: Aufbau gemeinsame Anlaufstelle, Öffentlichkeitsarbeit, Stadtteiltreffen
Erfahrungen: BesT-Modellprojekt mit fachlicher Begleitung, große Offenheit bei Stadt und Institutionen

Leitfragen 4,11,12

SAMARITER STIFTUNG

KONSEQUENZEN

Für die Gestaltung durch Politik - *Bundesebene*

1) Leistungen flexibler gestalten

- Individuelle Leistungsarrangements durch Sachleistungsbudget

2) Kommunale Ebene stärken - lokale Verantwortungsgemeinschaften schaffen

- Stärkung der kommunalen Finanzkraft
- Stärkung der Planungshoheit für die Steuerung der lokalen (Pflege-)Infrastruktur
- Gewährleistungsverpflichtung für Quartiersmanagement in Kooperation mit der Freien Wohlfahrtspflege
- Schaffung regionaler Pflege-Budgets (Steuerung durch Kommunen)
- Anreize schaffen für ambulante Versorgung und bürgerschaftlich-professionelle Pflegearrangements

Leitfrage 17

SAMARITER 
STIFTUNG

KONSEQUENZEN

Für die Gestaltung durch Politik – *auf Landesebene*

1) Verlässliche Finanzierungsgrundlage für lokales Netzwerkmanagement bieten

2) Gesamtstrategie Quartier entwickeln

- Von projektorientierten Maßnahmen zur Gesamtstrategie finden: Schaffung wohnortnaher und kleinräumiger Versorgungsangebote und –strukturen
- Flexibilisierung ordnungs- und leistungsrechtlicher Vorschriften; neue, innovative Wohn- und Betreuungsformen zulassen und unterstützen
- Entwicklung Heimrecht: Öffnung stationärer Einrichtungen zur Förderung der Quartiersentwicklung
- Quartierskonzepte als fester Bestandteil der Städtebauförderung

3) Weiterentwicklung der Ausführungsbestimmungen zu § 45 SGB XI

- Förderung sozialer Nachbarschaftsnetze und bürgerschaftlichen Engagements; Betreuungs- und Entlastungsangebote (Verordnung und Verwaltungsvorschrift)

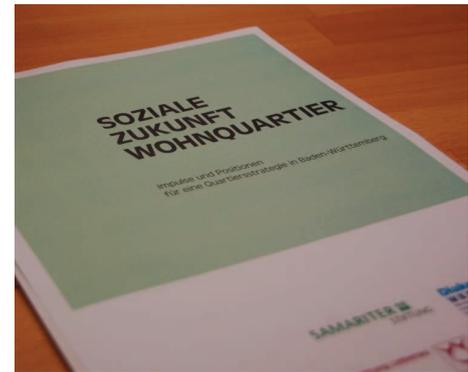
Leitfrage 17

SAMARITER 
STIFTUNG

Weitere Informationen:

Soziale Zukunft Wohnquartier
Impulse und Positionen für eine
Quartierstrategie in Baden-
Württemberg

www.samariterstiftung.de



SAMARITER  **STIFTUNG**

Diakonie 
WEFA
Württembergischer
Evangelischer Fachverband
für Altenhilfe

Stiftung Liebenau 
Stiftung Liebenau


caritas
AG katholischer Heime und
Einrichtungen der Altenhilfe
in der Diözese Rottenburg-Stuttgart

Vielen Dank.

Öffentliche Anhörung durch die Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg“

Quartiersentwicklung, neue Wohnformen, Wohnumfeld und Sozialraum

20. März 2015, Stuttgart

Ursula Kremer

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Viele reden vom Quartier.....

L Ö S U N G E N
E N T W I C K E L N
S T R U K T U R E N
V E R Ä N D E R N

Welche Lösungsansätze bieten Quartierskonzepte?



Kuratorium
Deutsche Altershilfe

LÖSUNGEN
ENTWICKELN
STRUKTUREN
VERÄNDERN

Quartiersansätze
können eine Antwort
auf die zukünftigen
Herausforderungen
sein...

- wachsende Zahl an Menschen
Hilfe- und Pflegebedarf
- Zunahme alleinstehender
Menschen
- Verringerung
des Potenzials helfender
Angehöriger
- **Ökonomische Belastungen** beim
Ausbau pflegerischer
Unterstützungsstrukturen
- **Pflege(fach)kräftemangel**
- den Wandel der **Wohnwünsche**

M3-12

2

Welche Lösungsansätze bieten Quartierskonzepte?



Kuratorium
Deutsche Altershilfe

LÖSUNGEN
ENTWICKELN
STRUKTUREN
VERÄNDERN

Ziele von Quartiersansätzen

Erhaltung
des (selbstständigen)
Wohnens im vertrauten
Wohnumfeld

Stärkung
von Eigeninitiative
und gegenseitiger Hilfe



Gemeinde Kütz

M3-12

3

Welche Lösungsansätze bieten Quartierskonzepte?

Mögliche Wirkungen von Quartiersansätzen nach Modellrechnungen....

- **Reduzierung der Anzahl stationär versorgter Pflegebedürftige** von 735.000 (2012) auf aktuell 473.000 bei Verbesserung der ambulanten Strukturen durch flächendeckende Bereitstellung altersgerechter Wohnungen für alle ambulant versorgten Pflegebedürftigen. (Quelle: BIBSR 2014: Potenzialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung, Berlin)
- **Minderausgabe für Kommunen** von ca. 500 Mio. pro Jahr bei der „Hilfe zur Pflege“, wenn es gelingt, nur 10 % der Pflegebedürftigen statt in stationären Einrichtungen in niederschweligen Angeboten zu versorgen. (Quelle: Bertelsmann Stiftung 2014: Regionales Pflegebudget, Gütersloh)
- **Reduzierung der Fachkräftelücke um die Hälfte**, wenn es gelingt die stationär Versorgten Pflegebedürftigen in Stufe I sowie 10 % der Pflegebedürftigen anderer Pflegestufen in nicht stationären bedarfsgerechten Versorgungsformen zu versorgen.
Quelle: Bertelsmann Stiftung 2014: Regionales Pflegebudget, Gütersloh)

M3-12

4

Welche Lösungsansätze bieten Quartierskonzepte?

Praktische Erfahrungen bei der Umsetzung von Quartiersansätzen

„Unser Ziel ist es, Heimunterbringungen zu vermeiden und es Menschen zu ermöglichen, lange in ihren Wohnungen zu bleiben. [...]

In den letzten beiden Jahren ergaben sich für den Kreis **Netto-Einsparungen von geschätzt 2,4 Mio. €** durch verhinderte Heimunterbringungen, die sich auf die Leistungen der Wohnberatungsstellen [ein wesentlicher Baustein von Quartierskonzepten] zurückführen lassen.“

Pressemeldung Landkreis Unna, 2008



Wohnberatungsstelle Kreis Unna

SROI-Analyse 2011

Quartiersbewohner im Vergleich zu einer Kontrollgruppe...

...haben **bessere Gesundheitsentwicklung** und geringeren Hilfebedarf und reduzieren so die Kosten für Unterstützungs- und Pflegebedarf,

...**engagieren sich mehr** für Nachbarn vor allem in Bezug auf Alltagshilfen und sind aktiver und **mehr sozial integriert**,

...beurteilen ihre Wohn- und **Lebenssituation besser**.

Quelle: www.song.de

Was gehört in altersgerechte Quartier?



Kuratorium
Deutsche Altershilfe

LÖSUNGEN
ENTWICKELN
STRUKTUREN
VERÄNDERN

**Generationengerechte
räumliche Infrastruktur**

**Bedarfsgerechtes
Wohnangebot**

**Wohnort-
nahe
Beratung
und
Begleitung**



**Bedarfs-
gerechte
Dienstlei-
stungen und
Angebote**

**Wertschätzendes
gesellschaftliches
Umfeld**

**Tragende soziale
Infrastruktur**

M3-12

6

Was gehört in altersgerechte Quartier?



Kuratorium
Deutsche Altershilfe

LÖSUNGEN
ENTWICKELN
STRUKTUREN
VERÄNDERN

**Maßnahmenschritte
zur Schaffung
Altersgerechte
Wohnungen im
Quartier**

Barrierefreier Neubau



Strukturelle Bestandsanpassung Goslaer Wohnstättengesellschaft



Individuelle Wohnungsanpassung
Wohnberatung Kreis Unna

M3-12

7

Was gehört in altersgerechte Quartier?

Maßnahmenschritte zur Schaffung eines altersgerechten Wohnumfeldes

Barrierearme Wohnumfeldgestaltung



Infrastruktursicherung



Multifunktionshaus, Schwerin



Genossenschaftsladen, Bodensee

Mobilitätssicherung



Was gehört in altersgerechte Quartier?

Maßnahmenschritte zur Sicherung sozialer Teilhabe im Quartier

Sicherung von Begegnungsmöglichkeiten



Nachbarschaftstreff, Halle

Mehrgenerationenpark, Hoyerswerda



Stärkung von Netzwerken



Selbsthilfenetzwerk, Werser

Erhalt lebendiger Nachbarschaften



Nachbarschaftsstiftung, Gelsenkirchen

Was gehört in altersgerechte Quartier?

Maßnahmenschritte zur Sicherung von ortsnaher **Beratung**



Dezentrale örtliche Beratungsstellen
Stadtteilberatungsstelle, Neu Isenburg



Zugehende Beratung
„Betreutes Wohnen zu Hause“, Germering



Mobile Beratung
Geronto-psychiatrisches Beratungsmobil, Rhein-Erft-Kreis

10
10

M3-12

Was gehört in altersgerechte Quartier?

Maßnahmenschritte zum Ausbau von **Alltagshilfen** im Quartier

Ehrenamtliche Alltagshilfen

Nachbarschafts- und Bürgervereine, Seniorengenossenschaft,



Seniorengenossenschaft, Steinen

Kostengünstige professionelle Alltagshilfen



Gemeinsam wohnen, den Alltag erleichtern!

Wohnen für Hilfe, Köln



„Haushaltsassistentz für die Pflege“ in Rheinland-Pfalz (pauschalierte Festbetragsförderung von 200 Euro pro Monat zum Brutto-Arbeitsentgelt bei einer nach tariflichen Bestimmungen neu geschaffenen vollzeitbeschäftigten Assistentzkraft)

11

M3-12

Was gehört in altersgerechte Quartier?

Maßnahmenschritte
zur Sicherung
**Betreuung und
Pflege**
im Quartier

Mobile zugehende Angebote



Mobile Tagespflege im Main-Kinzig-Kreis



Mobile Zahnärzte, Bayern



Multifunktionshäuser
Region Stettiner Haff

Was gehört in altersgerechte Quartier?

Maßnahmenschritte
zur Sicherung
**Betreuung und
Pflege**
im Quartier

Dezentrale, kleinteilige Rund-um-die-Uhr-Betreuung

Pflegewohngemeinschaften



Bielefelder-Modell

Einbeziehung der Bürgerinnen und Bürger



Gastfamilien-Modelle

Was gehört in altersgerechte Quartier?

Heime zu „Quartiershäuser“ weiterentwickeln

- **Öffnung in das Quartier:** Bürgerinnen und Bürger kommen ins Heim

„Museum für Lebensgeschichten“
im Alters-
Wohn- und Pflege-
zentrum
„Hof Speicher“



- **Öffnung für das Quartier:** Das Heim bringt Angebote in das Quartier

Das Altenzentrum „Am Bachgraben“, Allschwil, Schweiz, öffnet eine Vielzahl von Angeboten für das Quartier (Friseursalon, Fitnessraum, Bankomat, Restaurant, Bäckerei)



Fitnesscenter



hauseigene Bäckerei

Quelle: Age Dossier 2011
M3-12

Wie Quartierskonzepte umsetzen?

Schritt für Schritt einzelne Quartiersentwicklungsmaßnahmen umsetzen

Praxisbeispiel:
Bürgergemeinschaft
Eichstetten e.V.
(ca. 3.500 Einw.)



16 Betreute Wohnungen im Schwanenhof (1998)



Begegnungsräume für das ganze Dorf (1998)



Bürgerbüro im Schwanenhof (1999)



Tagesbetreuung für alte und behinderte Menschen im Schwanenhof (2006)



Pflegewohngruppe „Adlergarten“ (2008)



Qualifizierung von Alltagsbegleitern (2010)

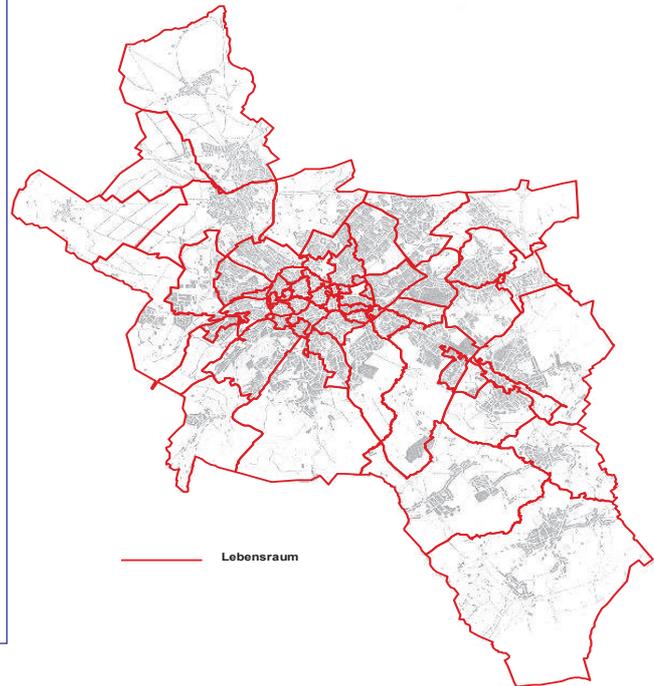


Integratives Café „Miteinander“ (2012)

Quartiere identifizieren und analysieren

Praxisbeispiel Aachen: Repräsentative Befragung von Bürgerinnen und Bürgern in zur Bestimmung der Lebensräume

- Anzahl: 1.500 Personen
- Inhalte:
 - „Wo kaufe ich was ein?“
 - „Wo leben meine Freunde, die ich besuche/die mich besuchen?“
 - „Wo verbringe ich meine Freizeit?“
- Ergebnis: Identifizierung von 52 Lebensräumen in Aachen



M3-12

Vernetzung



„Masterplan Wohnen“, Bielefeld

Partizipation



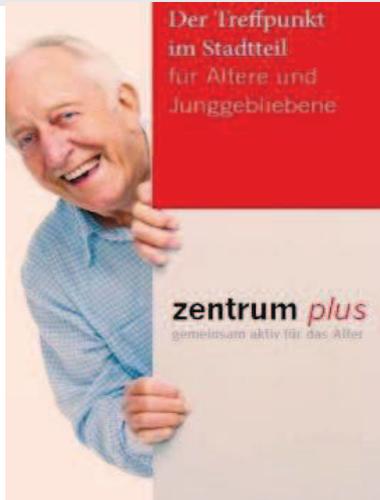
Quartiersbegehung, Goch

M3-12

Wie Quartierskonzepte umsetzen?

Vernetzung

zu Lokale Entwicklungs-/Verantwortungsgemeinschaften



Stadtbezirksarbeitsgruppen
„Zentren plus“, Düsseldorf



Dorfentwicklungsgemeinschaft
„Unser Dorf hat Zukunft“,
Eschwege



Lenniger Netz

Freiwillige Zusammenschlüsse örtlicher Akteure –
Kommune, soziale Dienstleister, Wohnungsanbieter,
Bürgervereine, Einzelhändler, Kirchenvertreter,
Kassenvertreter, Ärzte usw. -, die als gemeinsames
Netzwerk die Quartiersentwicklung voran treiben.

Wie Quartierskonzepte umsetzen?

Partizipation



Weltcafé-Methode, Köln

Leitbildentwicklung



Quartiersbegehung in Goch

Quartiersanalysen

Maßnahmenplanung



Planungskonferenz Bielefeld

Maßnahmenumsetzung



Ehrenamtliche Hilfe, Steinen

Wie Quartiersentwicklung verstetigen?



Kuratorium
Deutsche Altershilfe

LÖSUNGEN
ENTWICKELN
STRUKTUREN
VERÄNDERN

Sicherung des Quartiersmanagements



Quartiersmanager, Lindlar

» Ein Quartiersprojekt braucht vor allem in der ersten Zeit einen „Kümmerer“, der es am Leben erhält und der auch Frustrationstoleranz hat «

Praktiker eines Quartierprojektes

Aufgabenbereiche

Sicherung von

- Transparenz
- Koordination
- Projektbezogenem Arbeiten
- Beteiligung

M3-12

20

Wie Quartierskonzepte finanzieren?



Kuratorium
Deutsche Altershilfe

LÖSUNGEN
ENTWICKELN
STRUKTUREN
VERÄNDERN

Fördermöglichkeiten:

DHW Förderbaustein 3.1.1. Quartiersentwicklung

- Zuschuss zu den Personalkosten für das Quartiersmanagement von aktuell ca. 80.000,-- Euro für drei Jahre seit 2011
- Nur Wohlfahrtspflege förderfähig, Eigenleistung i. d. R. 20 % erforderlich

KDA Förderbaustein 5600 Konzeptentwicklung

- Zuschuss von bis zu 8.000 für die Sozialraumanalyse
- Nur Wohlfahrtspflege förderfähig, Eigenleistung i. d. R. 20 % erforderlich

Förderung Land NRW

- Förderung eines Quartiers je Kreis/kreisfreie Stadt seit 2015
- jährlich 40.000,-- Euro (30.000,-- Euro fürs Quartiersmanagement, 4.500,-- Euro Sachkosten, 5.500,-- Euro Teilhabemaßnahmen)

M3-2 Förderzeitraum max. 3 Jahre

21

Wie Quartierskonzepte finanzieren?

Finanzierungsformen des Quartiersmanagements

Betreuungspauschale



Mietnebenkosten



Sozialleistungen



Kommunale Daseinsvorsorge



Alten Service Zentrum,
Eching



22

Wie kann das Land Quartiersentwicklung fördern?

Sensibilisierung und Information

- Datenbank mit Infobroschüren, Methodensammlung und Praxisbeispielen
- Beratungsangeboten für Initiativen und Kommunen
- Informationsveranstaltungen
- Erfahrungsaustausch für Kümmerer

Unterstützung bei der Umsetzung

- Qualifizierungsmaßnahmen für Kümmerer
- Finanzielle Förderung des Quartiersmanagement
- Erleichterung bei der Umsetzung dezentraler Einzelmaßnahmen im Quartier (rechtlich, finanziell)





Kuratorium
Deutsche Altershilfe

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Ursula Kremer-Preiß

Kuratorium Deutsche Altershilfe
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.
An der Pauluskirche 3
50677 Köln

Telefon 0221 / 93 18 47-0
Fax 0221 / 93 18 47-6
E-Mail info@kda.de
Internet www.kda.de