



KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG

IAF – INSTITUT FÜR ANGEWANDTE
FORSCHUNG, ENTWICKLUNG UND
WEITERBILDUNG

Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten

Gutachten für die Enquete Kommission Pflege zur Bestandsaufnahme in Baden-Württemberg

Autor(inn)enteam

Prof. Dr. Cornelia Kricheldorf

Prof. Dr. Ines Himmelsbach

Prof. Dr. Anne Kellner

Prof. Dr. Ulrike Thielhorn

Prof. Dr. Burkhard Werner

Wissenschaftliche Mitarbeiter(innen)

Thomas Brijoux M.A.

Tobias Eckert M.A.

Maren Kailer B.A.

Jasmin Kiekert M.A.

Lucia Tonello M.A.

Telefon +49 761 200-1451
Fax +49 761 200-1496
E-Mail: iaf@kh-freiburg.de

**Karlstraße 63
79104 Freiburg**



2



Inhaltsverzeichnis	Seite
Überblick: Aufbau, Vorgehen, Prämissen	7
Kapitel 1 des Gutachtens	13
1.1 Pflegebedürftige Menschen in Baden-Württemberg – Entwicklungen und Prognosen	14
1.2 Pflegesettings und Versorgungspräferenzen	32
1.3 Pflegebedürftige Menschen mit besonderen Bedarfen	37
1.4 Pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund	42
1.5 Verweildauer in Pflegeeinrichtungen nach Diagnosen	45
1.6 Alternative Pflegewohnformen	48
1.7 Pflegebedürftige Menschen im häuslichen Bereich	49
1.8 Beratungsangebote für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen bzw. Pflegepersonen	50
Kapitel 2 des Gutachtens	55
2.1 Pflegende Personen in Baden-Württemberg – Rückblick und Ausblick	56
2.2 Pflegende Angehörige in Baden-Württemberg	61
2.3 Retro-und prospektive Personalentwicklungen in der Pflege	65
2.4 Prognosen und Entwicklungen - Bedarf an Pflegekräften bis zum Jahr 2030	80
2.5 Personalmix – Betreuungskräfte im Verhältnis zu Pflegefachkräften	84
2.6 Verweildauer im Pflegeberuf	93
2.7 Die Ausbildungssituation in der Pflege	101
2.8 Ausbildungsabbrüche in der Pflegeausbildung	105
Kapitel 3 des Gutachtens	115
3.1 Prävention und Rehabilitation im Kontext von Pflegebedarf	116
3.2 Rehabilitationsleistungen in Baden-Württemberg	126
Kapitel 4 des Gutachtens	141
Dankesworte	148
Verwendete Literatur	149
Anhang	159

Abbildungen

Abb. 1	Inhaltliche Vorgehensweise zur Erstellung des Gutachtens	7
Abb. 2	Pflegestufen nach Begutachtung durch den MDK Ba-Wü 2010	21
Abb. 3	Pflegestufen nach Begutachtung durch den MDK Ba-Wü 2014	21
Abb. 4	Verteilung der Pflegeformen in Baden-Württemberg 2001-2013	33
Abb. 5	Verteilung der Pflegeformen im SKR Stuttgart 2001-2013	34
Abb. 6	Verteilung der Pflegeformen im LKR Zollernalbkreis 2001-2013	34
Abb. 7	Relative Zuwachsraten nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 in Baden-Württemberg	35
Abb. 8	Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenzjahr 2009) Baden-Württemberg gesamt	35
Abb. 9	Sterbeorte in Deutschland, 1995, 2000, 2008	46
Abb. 10	Erwerbstätigenquoten 2010	62
Abb. 11	Altenpflegefachkräfte im Zeitraum 1975 bis 2007 in Vollzeitäquivalenten	66
Abb. 12	Personalentwicklung in der stationären und ambulanten Pflege in Baden-Württemberg von 2001 bis 2013	66
Abb. 13	Personalentwicklung in der stationären und ambulanten Pflege in Baden-Württemberg von 2001 bis 2013	67
Abb. 14	Personalentwicklung im Stadtkreis Ulm von 2001 bis 2013 nach Versorgungsform	68
Abb. 15	Personalentwicklung im Main-Tauber-Kreis von 2001 bis 2013 nach Versorgungsform	69
Abb. 16/17	Berufsgruppen in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen - BW 2013	70
Abb. 18/19	Berufsgruppen – Stationäre Einrichtungen – BW 2013	71
Abb. 20/21	Berufsgruppen – Ambulante Pflegedienste – BW 2013	72
Abb. 22/23	Entwicklung der Personalzahlen in Krankenhäusern in Deutschland 2003 – 2012	73
Abb. 24/25	Entwicklung der Personalzahlen in Krankenhäusern in Baden-Württemberg 2003 – 2012	74
Abb. 26	Entwicklung der Fallzahlen pro Personalkategorie in Krankenhäusern in Baden-Württemberg	76
Abb. 27	Entwicklung der Fälle in Krankenhäusern insgesamt nach Alter in Baden-Württemberg	77
Abb. 28	Verteilung ausländischer Pflegekräften nach Bundesländer	77
Abb. 29	Hauptherkunftsländern ausländischer Pflegekräften in den Bundesländern	78
Abb. 30	Relative Zuwachsraten nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 in Baden-Württemberg	80
Abb. 31	Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenzjahr 2009) Baden-Württemberg gesamt	80
Abb. 32	Relative Zuwachsraten nach Pflegesetting SKR Stuttgart	82
Abb. 33	Relative Zuwachsraten der Pflegebedürftigkeit nach Pflegeformen in % von 2009 bis 2030 - SKR Stuttgart	82
Abb. 34	Relative Zuwachsrate nach Pflegesettings von 2009 bis 2030 Rems-Murr-Kreis	82
Abb. 35	Relative Versorgungslücke in % im Jahr 2030 (Referenz 2009) Rems-Murr-Kreis	82
Abb. 36	Vermittlungssystem in der häuslichen Pflege	87
Abb. 37	Berufsverweildauer von Pflegekräften nach Ausbildungsstand	94
Abb. 38	Verweildauer weiblicher Altenpflegekräften nach Ausbildungszeit	94
Abb. 39	Vergleich der Verweildauer	95
Abb. 40	Personalentwicklung Pflege mit unterschiedlicher Berufsverweildauer	95
Abb. 41	Einschätzung zu Berufstätigkeit bis zum Rentenalter	96
Abb. 42	Einschätzung zur Arbeit im Ausland	97
Abb. 43	Patienten-Pflegekraft Relation	98
Abb. 44	Zufriedenheit mit der Arbeitssituation	99

Abb. 45	Burnout & Emotionale Erschöpfung	99
Abb. 46	“Intent to leave” innerhalb des nächsten Jahres	100
Abb. 47	Anzahl Auszubildende Altenpflege BW 1995-2013	101
Abb. 48	Anzahl Auszubildende Altenpflegehilfe BW 1995-2013	102
Abb. 49	Anzahl Auszubildende Gesundheits- und Krankenpflege BW 1995-2013	102
Abb. 50	Ausbildungsplatzentwicklung in allgemeinen Krankenhäusern nach Bundesländern	103
Abb. 51	Geschlechterverteilung in der Pflegeausbildung in BW, Schuljahr 2013/14	104
Abb. 52	Anteil ausländischer Auszubildende in den Pflegeausbildungen BW, Schuljahr 2013/14	104
Abb. 53	IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015	106
Abb. 54	Anteile der Auszubildende mit Migrationshintergrund in der Pflege in %	107
Abb. 55	IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015	108
Abb. 56	IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015	108
Abb. 57	IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015	109
Abb. 58	IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015	109
Abb. 59	IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015	110
Abb. 60	IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015	111
Abb. 61	IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015	111
Abb. 62	IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015	112
Abb. 63	IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015	113
Abb. 64	IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015	113
Abb. 65	Relative Entwicklung der Anzahl der Einrichtungen in Baden-Württemberg und Deutschland von 2002 bis 2013	123
Abb. 66	Entwicklung der Patientenzahl in Baden Württemberg in Rehabilitationseinrichtungen seit 1990	130
Abb. 67	Geriatrische Versorgungsquote: Versorgungskapazitäten in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, pro 10.000 Einwohnern über 65 Jahren	131
Abb. 68	Relative Entwicklung der Anzahl der Betten in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg und Deutschland seit 2002	132
Abb. 69	Relative Entwicklung der Anzahl der Pfl egetage in Baden-Württemberg (seit 1990) und in Deutschland (seit 1999)	132
Abb. 70	Bettenauslastung in Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg	133
Abb. 71	Mittlere Verweildauer in Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg	133
Abb. 72	IAF-Umfrage: Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation. Finanzielle Situation der geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg	137
Abb. 73	IAF-Umfrage: Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation. Demenz	139
Abb. 74	IAF-Umfrage: Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation. Demenz	140

Tabellen

Tabelle 1	Antragsteller auf Leistungen nach SGB XI ambulant in Baden-Württemberg	20
Tabelle 2	Anzahl nach SGB XI anerkannter Pflegebedürftiger und Pflegequote in Baden-Württemberg 2001 bis 2013	22
Tabelle 3	Pflegebedürftige und Pflegequoten – Stuttgart und Zollernalbkreis im Vergleich	24
Tabelle 4	Geschlechts- und altersgruppenspezifische Pflegequoten in Baden-Württemberg 2013	24
Tabelle 5	Alters- und geschlechtsspezifische Demenz-Prävalenzraten der EuroCoDe (2009) und Hochrechnung auf eine geschätzte Krankenzahl in Deutschland	39
Tabelle 6	Beratungsstellen für ältere Menschen und ihre Angehörigen	50
Tabelle 7	Pflegepersonal in Baden-Württemberg gesamt	57
Tabelle 8	Pflegepersonal in stationären und ambulanten Einrichtungen	58
Tabelle 9	Bundesfreiwilligendienst-Zahlen 2014	60
Tabelle 10	Personalgruppen in Krankenhäusern in Deutschland	73
Tabelle 11	Personalgruppen in Krankenhäusern in BaWü	74
Tabelle 12	Entwicklung der Personalzahlen in Krankenhäusern in D und in BW im Vergleich	75
Tabelle 13	Übersicht zur Zahl der Pflege leistenden Personen in Deutschland	85
Tabelle 14	Mittel- und osteuropäische Haushaltshilfen (moHs) in Haushalten mit Pflegebedürftigen	88
Tabelle 15	Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg	123
Tabelle 16	Häufigkeit von Diagnosen in Einrichtungen mit mehr als 100 Betten	127
Tabelle 17	Stationäre geriatrische Rehabilitation in Baden-Württemberg seit 2002	129

Überblick: Aufbau, Vorgehen, Prämissen

Das vorliegende Gutachten gliedert sich in drei Kapitel und folgt damit der Logik der Fragekomplexe, die der Expert(inn)engruppe der Katholischen Hochschule Freiburg durch die Enquete Kommission Pflege vorgegeben wurden. Dabei durchaus auftauchende Überschneidungen in den Fragestellungen werden durch Querverweise markiert.

Damit ergeben sich drei große Teile des Gutachtens - in einem vierten Teil werden daraus zentrale Ergebnisse und übergreifende Handlungsempfehlungen abgeleitet. Die drei Hauptkapitel beschäftigen sich demzufolge mit folgenden inhaltlichen Schwerpunkten:

Kapitel 1: Pflegebedürftige Menschen in Baden-Württemberg

Kapitel 2: Pflegende in Baden-Württemberg

Kapitel 3: Prävention und Rehabilitation im Kontext von Pflegebedarf

Das Expert(inn)enteam, das sich seit Februar 2015 mit der Erstellung des Gutachtens intensiv beschäftigt hat, folgte dabei dem folgenden Ablaufplan, um in der Kürze der Zeit zu fundierten Aussagen zu kommen.

Ablaufplan zur Erstellung des Gutachtens



Abbildung 1: Inhaltliche Vorgehensweise zur Erstellung des Gutachtens

Aus Abbildung 1 wird deutlich, dass dieses Gutachten auf der Nutzung unterschiedlicher Datenquellen beruht. Zu einem Teil konnten aus einschlägigen Veröffentlichungen und Studien entsprechende Auswertungen und Interpretationen übernommen und zitiert werden. Zu einem weiteren Teil wurden aus den uns zur Verfügung stehenden Rohdaten heraus, die wir über vertragliche Vereinbarungen zum Datenaustausch erhalten konnten (z.B. vom Statistischen Landesamt Baden-Württemberg; vom MDK Baden-Württemberg; von der Bertelsmann Stiftung), auch Neuberechnungen angestellt und neue Verknüpfungen hergestellt, die für die Bearbeitung der Fragen der Enquete Kommission Pflege relevant sind.

Dort wo offenkundige Datenlücken vorhanden waren, die aber zentrale Fragen der Enquete Kommission betrafen, wurden von der Expertengruppe zusätzlich eigene Erhebungen durchgeführt. Dies war in der Kürze der Zeit, in der die Bearbeitung stattfinden musste, nur in einem überschaubaren Ausmaß möglich. Deshalb enthält das Gutachten auch Hinweise darauf, wo es im Land Baden-Württemberg deutliche Datenlücken und Forschungsdesiderate gibt – diese wurden im Text jeweils benannt. Zusätzlich konnte auch auf Ergebnisse anderer Forschungsprojekte des IAF der Katholischen Hochschule Freiburg zurückgegriffen werden.

Verwendete Datenquellen:

- Bertelsmann Stiftung: Datenportal *Wegweiser Kommune*, einsehbar unter: <http://www.wegweiser-kommune.de/>
- Bertelsmann Stiftung: Datensatz zur Studie „Pflege 2030“. Bertelsmann Stiftung: Gütersloh
- Blinkert, Baldo; Klie, Thomas; Roloff, Juliane; Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft (FIFAS) e.V. (Ed.): (2001): *Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050*. Freiburg im Breisgau, 2001. URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-351012>
- Bonin, H./ Braeseke, G./ Ganserer, A. (2015): *Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen*. Bertelsmann Stiftung: Gütersloh
- Böning, M./ Steffen, M. (2014): *Migrantinnen aus Osteuropa in Privathaushalten. Problemstellungen und politische Herausforderungen*. ver.di-Bundesverwaltung: Berlin
- Braeseke, Grit/ Kähler, Björn/ Merda, Meiko (2014): *Arbeitsbezogene Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland*, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG): *Daten und Veröffentlichungen zu Pflege und Gesundheit*, einsehbar unter: <http://bmg.bund.de/themen/pflege.html>
- Deutsche Zentrum für Altersfragen: *Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Berlin. Anonymisierte Datensätze des DEAS 1996, 2002, 2008 und 2011
- Einschlägige Datenbanken: Statista, StaLa, Statistisches Bundesamt, regio-stat, Datenbanken der Gesundheitsberichtserstattung, GENESIS
- FaWo - Fachstelle für ambulant unterstützte Wohnformen des Sozialministeriums Baden-Württemberg: *Umfrage bei den Heimaufsuchten zur Anzahl ambulant betreuter Pflegewohngemeinschaften in Baden-Württemberg*, Stand 29.06.2015.
- Gössel, F. (2013). *Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg. Die Entwicklung des stationären Versorgungsangebotes*.
- Hackmann, T. (2009): *Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer*. Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. <http://www.fiwi1.uni-freiburg.de/publikationen/242.pdf>, [Stand: 27.06.15].

- Hackmann, Tobias (2009): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. <http://www.fiw1.uni-freiburg.de/publikationen/242.pdf>, [Stand: 27.06.15].
- IAF der Katholischen Hochschule Freiburg (2015): Onlinebefragung von Expert(inn)en in den Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg
- IAF der Katholischen Hochschule Freiburg (2015): Onlinebefragung der Pflegeschulen in Baden-Württemberg
- IAF der Katholischen Hochschule Freiburg (2015): Schriftliche und telefonische Expert(inn)enbefragung in den Beratungsstellen für ältere Menschen und ihre Angehörigen in Baden-Württemberg
- IAF der Katholischen Hochschule Freiburg (2015): Online-Erhebung zur Entwicklung der Geriatrischen Rehabilitation aus Sicht der ärztlichen Leitungen.
- IAF der Katholischen Hochschule Freiburg (2015): Befragung der Heimaufsichten in Baden-Württemberg
- Isfort, M.; Weidner, F. et al. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>
- Kiekert, Jasmin/ Schirilla, Nausikaa (2013): Projekt: Pflege und Migration. Mittel- und Osteuropäische Haushaltshilfen 2011-2013 im Masterstudiengang Dienstleistungsentwicklung. Unveröffentlichtes Dokument. Katholische Hochschule: Freiburg
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) Baden-Württemberg (2015): Anonymisierter Datensatz aus der Begutachtung von Versicherten in Baden-Württemberg
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2014): Stellungnahme an die Enquete-Kommission zur Situation in der Pflege in Baden-Württemberg.
- Neuhaus, A./ Isfort, M./ Weidner, F. (2009): Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>.
- Next.uni-wuppertal.de; Eingesehen unter: <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?> [Stand:24.4.2015].
- Ostwald, Dennis A.; Ehrhard, Tobias; Brunsch, Friedrich; Schmidt, Harald und Friedl, Corinna (2010) (Herausgegeben von PricewaterhouseCoopers AG): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf> [Stand: 21.04.2015]
- Pohl, Carsten (2010): Der zukünftige Bedarf an der Pflegearbeitskräften in Deutschland: Modellrechnungen für die Bundesländer bis zum Jahr 2020. In: Comparative Population Studies - Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 35/2010

- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Bertelsmann Stiftung. www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf [Stand: 21.04.2015].
- Statistisches Bundesamt (2014): Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland – Statista Dossier. [URL] <http://de.statista.com/statistik/studie/id/23992/dokument/vorsorge-und-rehabilitation-in-deutschland-statista-dossier/> [Stand: 24.06.2015].
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2015): Datensatz der erfassten Daten zur Pflege in Baden-Württemberg und Voraussrechnung bis 2030
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2014): Krankenhausstatistik Baden-Württemberg 2013. [URL:] https://www.statistik-bw.de/Veroeffentl/Statistische_Berichte/3219_13001.pdf [Stand: 06.07.2015].
- Ver.di - Vereinte Dienstleistungsgesellschaft, Bundesverwaltung, Fachbereich 03 (2012): Ausbildungsreport Pflegeberufe 2012 <https://www.verdi.de/++file.../download/pflegereport2012final.pdf>
- Zander, B. (2013): RN4Cast: Ergebnisse einer internationalen Pflegestudie Präsentation bei der CareDate 2013 – Bochum.

10 Dieses Gutachten beinhaltet Zahlen und Daten für das Land Baden-Württemberg gesamt und dort, wo es geboten erscheint, auch im bundesweiten Vergleich. Weitere eingeschlossene Daten erfassen die Ebene der vier Regierungsbezirke sowie der 44 kommunalen Gebietskörperschaften, also der 35 Landkreise und der 9 Stadtkreise (LKR/SKR). Eine Bezugnahme auf die 1.101 Gemeinden des Landes würde dieses Gutachten völlig überfrachten. Außerdem verbietet sich ein Herunterrechnen anonymisierter, personenbezogener Daten - und das sind zum Beispiel die Begutachtungsdaten des Medizinischen Diensts der Krankenkassen (MDK) Baden-Württemberg - auf die Ebene der Gemeinden auch aus datenschutzrechtlichen Gründen.

Ausgehend von Entwicklungen in der Vergangenheit, werden die aktuelle Situation und Prognosen für die Zukunft dargestellt, soweit das dazu notwendige Datenmaterial hinlänglich und systematisch verfügbar ist. Unseren Prognosen legen wir die regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Landesamtes Baden-Württemberg aus dem Jahr 2012, veröffentlicht 2014, zugrunde. Diese Prognose für den Zeitraum von 2012 bis 2030 bezieht die wichtigsten Voraussetzungen für eine mittelfristige Bevölkerungsvorausberechnung mit ein, z.B. die Zunahme der Lebenserwartung beider Geschlechter, eine Konstanz des derzeitigen Geburtenniveaus, eine weitere Zunahme des durchschnittlichen Alters der Frauen bei der Geburt sowie eine Einschätzung der

Wanderungsbewegungen. Es handelt sich um die aktuellste verfügbare und offizielle Prognose für das Bundesland Baden-Württemberg (vgl. Statistisches Landesamt BW, 2014). Eine über das Jahr 2030 hinausgehende Vorausberechnung und Prognose der Bevölkerung, wie auch der verschiedenen Aspekte der Pflegebedürftigkeit, ist nach unserer Überzeugung nicht seriös, weil damit zu viele Unwägbarkeiten verbunden sind. Bevölkerungsprognosen über längere Zeiträume sind in der Vergangenheit oft unzuverlässig gewesen sind, so z.B. die Prognose des Statistischen Bundesamts der BRD aus dem Jahr 1984, die für 2010 eine Bevölkerung von 57,4 Millionen im ehemaligen Bundesgebiet voraussagte (vgl. Statistisches Bundesamt 1984). Tatsächlich hatten die westlichen Bundesländer Ende 2009 eine Bevölkerung von ca. 67,2 Millionen Einwohner, also 10 Millionen mehr als 25 Jahre zuvor prognostiziert. Die starke Zuwanderung von Spätaussiedler(inne)n und politisch Verfolgten in den späten 1980er- und in den 1990er-Jahren des 20. Jahrhunderts, bedingt durch politische Veränderungen, hatte so niemand voraussehen können – abgesehen von den Folgen der ebenfalls nicht vorausgesehen Wiedervereinigung Deutschlands. Auch renommierte Zukunftsforscher plädieren für überschaubare Zeiträume im Rahmen von Prognosen, zumal wenn diese zu konkreten Handlungsempfehlungen führen sollen. Um nicht ins Utopische abzugleiten, dürften Prognose-Zeiträume nicht zu weit gespannt, sondern auf ca. 20 Jahre angelegt werden (Opaschowski 2009: 18).





Kapitel 1 des Gutachtens

13

**Pflegebedürftige Menschen
in Baden-Württemberg**



1.1 Pflegebedürftige Menschen in Baden-Württemberg – Entwicklungen und Prognosen

Frage 1.1 der Enquete-Kommission

Wie hat sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Baden-Württemberg seit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 entwickelt und mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?

Differenziert nach:

- Familienstand
- Anzahl der Kinder
- Herkunft
- Milieu

Die Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen in Baden-Württemberg ist nicht ohne Bezug zur demografischen Lage des Landes erklärbar. Dazu liegen verschiedene Datenquellen vor, unter anderem auch Berechnungen des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg, das für unser Gutachten eine Sonderauswertung zur Personalsituation im Land erstellt hat. Ganz aktuell, veröffentlicht am 8. Juli 2015, hat die Bertelsmann Stiftung eine Pressemitteilung zur Bevölkerungsprognose 2012 bis 2030 veröffentlicht, die die Relevanz dieses vorliegenden Gutachtens noch einmal verstärkt. Kernbotschaften dieser aktualisierten Bevölkerungsprognose sind, dass der demografische Wandel die Bevölkerungsstruktur in den kommenden Jahren spürbar verändern wird. Das Durchschnittsalter steigt, der Pflegebedarf nimmt zu und stellt Städte und Gemeinden vor große Herausforderungen. Das sind alles auf den ersten Blick keine neuen Nachrichten.

Allerdings weist die Pressemitteilung der Bertelsmann Stiftung auf eine Entwicklung hin, die sich auch bei der Erarbeitung dieses Gutachtens deutlich zeigte: die Unterschiede zwischen Stadt und Land nehmen zu – dies ist schon aktuell der Fall und noch in verstärktem Maße in den nächsten 10-15 Jahren. Während die Städte wachsen, schrumpft der ländliche Raum weiter. Das Ausdünnen der Bevölkerung trifft nicht nur auf die Jungen zu, die ausbildungs- und berufsbedingt den ländlichen Raum verlassen und in die städtischen Regionen ziehen. Auch in den Zahlen des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg zeigt sich deutlich, dass der Bevölkerungsrückgang in ländlichen Kommunen auch durch den Wegzug alter und hochbetagter Menschen bedingt wird, die vor Ort keine ausreichende Hilfe- und Pflegestruktur vorfinden.

Die Bertelsmann Stiftung hat für Baden-Württemberg eine Sonderauswertung vorgelegt, weil sich – im Unterschied zu vielen anderen Bundesländern – für die kommenden 15 Jahre hier ein weiteres Bevölkerungswachstum abzeichnet. Gleichzeitig wird aber auch der Anteil der Menschen, die 80 Jahre und älter sind, im Land überproportional ansteigen. In Zahlen ausgedrückt bedeutet das, dass Baden-Württemberg in Bezug auf die positive Bevölkerungsentwicklung (+ 2,1 %) bundesweit auf Platz 4 der Bundesländer liegt, hinter Berlin (+10,3%), Hamburg (+7,5 %) und Bayern (+3,5 %). Das bedeutet für Baden-Württemberg einen Anstieg von 10,57 Millionen Menschen im Jahr 2012 auf 10,78 Millionen

im Jahr 2030. Dass dieser Zuwachs an Bevölkerung auch regional sehr ungleich verteilt ist, zeigt sich an folgenden Beispielen:

„Während die Kommunen Ilvesheim (Rhein-Neckar-Kreis), Remseck am Neckar (Kreis Ludwigsburg) und Bad Krozingen (Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald) zwischen 15 und 30 Prozent wachsen, verlieren Furtwangen im Schwarzwald (Schwarzwald-Baar-Kreis) und Dornharn (Kreis Rottweil) etwa 14 Prozent ihrer Bewohner.“ (Bertelsmann Stiftung – Wegweiser Kommune).

Aber trotz dieses prognostizierten Wachstums wird das durchschnittliche Lebensalter in Baden-Württemberg weiter ansteigen, von 44,2 Jahren (2012) auf 47,4 Jahre (2030). Bezogen auf die ab 80-Jährigen im Land bedeutet das einen überproportionalen Zuwachs von 51,2% im gleichen Zeitraum. Im Vergleich dazu wird in Deutschland insgesamt in dieser Altersgruppe eine Zunahme von 47,2% prognostiziert, bei einem gleichzeitigen Schrumpfen der Bevölkerung um - 0,7 %. Diese deutliche Zunahme alter und hochbetagter Bevölkerung in Baden-Württemberg hat regional eine extreme Streubreite – sie reicht in den städtischen Regionen von 28,6% im SKR Pforzheim bis zu 45,7% im SKR Freiburg und im ländlichen Raum von 37,6% im LKR Main-Tauber-Kreis bis zu 78,7% im LKR Bodenseekreis. Das ist ein deutliches Plädoyer dafür, auch die Frage der Entwicklungen im Bereich Pflege sehr differenziert zu betrachten.

Der schon länger zu beobachtende bundes- und landesweite Trend einer zunehmenden Verstädterung (insbesondere in Richtung Großstädte) der Gesamtbevölkerung bei gleichzeitigem Rückgang der Landbevölkerung, insbesondere in den von städtischen Oberzentren weiter entfernten Landkreisen, wird also auch in Zukunft – nach dieser Prognose – weiter bestehen (vgl. auch Opaschowski 2009).

In den Landkreisen Baden-Württemberg mit vergleichsweise hoher Abnahmequote (mehr als -1%) ist in Bezug auf die Pflegesituation zukünftig eine zunehmende Problematik zu erwarten, vor allem auch wenn die Abnahme der absoluten und relativen Bevölkerungszahlen auf den stärkeren Rückgang der Zahlen jüngerer, erwerbsfähiger und erwerbstätiger Bewohner bei gleichzeitig hohen bzw. steigenden Zahlen in der älteren und hochaltrigen Bevölkerung trifft.



Die demografische Entwicklung und zusätzliche Wanderungsbewegungen vom Land in die Städte führen zu völlig unterschiedlichen Entwicklungen im Stadt-Land Vergleich, auch im Kontext von Pflegebedürftigkeit.

In folgendem Abschnitt werden die Veränderungen der Anteile zusammengefasster Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung zwischen 2015 und 2030 diskutiert, jeweils auf der Ebene Baden-Württembergs, der Regierungsbezirke und der Gebietskörperschaften (LKR/KRS). Die dabei zugrunde liegenden Zahlen entstammen der aktuellsten offiziellen Prognose für das Bundesland Baden-Württemberg (vgl. Statistisches Landesamt BW, 2014).

Die unter 20jährigen

In Baden-Württemberg wird es im genannten Zeitraum voraussichtlich einen Rückgang des Anteils der unter 20jährigen um -1,1 Prozentpunkte geben.

Auf der Ebene der Regierungsbezirke zeichnen sich der RB Karlsruhe mit einem unterdurchschnittlichen (- 0,7 Prozentpunkte), die RB Freiburg und Tübingen mit einem überdurchschnittlichen Rückgang (-1,4 bzw. -1,6 Prozentpunkte) aus, während der RB Stuttgart einen Rückgang auf dem Niveau des Landesdurchschnittes aufweist (-1,1 Prozentpunkte).

Auf der Ebene der Gebietskörperschaften (Landkreise und kreisfreie Städte) finden sich nur Landkreise mit einem deutlichen Rückgang (-2 und mehr Prozentpunkte), der Ostalbkreis (-2,0), die Landkreise Tuttlingen (-2,1), Waldshut-Tiengen (-2,0), Biberach (-2,4), Ravensburg (-2,0) und der Alb-Donau-Kreis (-2,4 Prozentpunkte). Es handelt sich jeweils um Landkreise, die weiter entfernt von Groß- bzw. kreisfreien Städten entfernt liegen. Dagegen gibt es nur drei Gebietskörperschaften, allesamt kreisfreie Städte, die auf diese Altersgruppe bezogen überhaupt Steigerungsraten aufweisen können, die kreisfreie Landeshauptstadt Stuttgart (+0,6) sowie die kreisfreien Städte Baden-Baden (+1,4!) und die kreisfreie Stadt Heidelberg (+0,7 Prozentpunkte).

Die 20 bis 59jährigen

Der Anteil der 20-59jährigen, - also der Altersgruppe, die den Großteil der erwerbsfähigen bzw. erwerbstätigen Bevölkerung darstellt und auch einen bedeutenden Anteil des informellen und familiären Pflegepotentials -, geht deutlicher zurück als der der zuvor diskutierten Altersgruppe.

Auf Landesebene wird ein Rückgang um immerhin -5,5 Prozentpunkte vorausgesagt. Die Regierungsbezirke weichen nur jeweils geringfügig von diesem Durchschnittswert ab. Die entsprechenden Werte für den RB Stuttgart liegen bei -5,2, für die RB Karlsruhe und Freiburg bei jeweils -5,6 und für den RB Tübingen bei -5,8 Prozentpunkten.

Auf der Ebene der Gebietskörperschaften zeigt sich ein deutlich heterogeneres Bild. Zwar weist kein Landkreis, und auch keine kreisfreie Stadt überhaupt eine Steigerung des Anteils der Altersgruppe der 20-59jährigen auf, aber in den kreisfreien Städten Stuttgart (-2,4), Baden-Baden (-3,3), Karlsruhe (-3,9), Mannheim (-3,4), Pforzheim (-4,1) und Ulm (-2,5 Prozentpunkte) ist der Rückgang deutlich geringer als im Landesdurchschnitt und in den jeweiligen Regierungsbezirken. Dagegen finden sich wiederum unter den Landkreisen Gebietskörperschaften mit vergleichsweise stark zurückgehenden Quoten, z.B. der Landkreis Heilbronn (-7,2) und der Neckar-Odenwald-Kreis (-7,3 Prozentpunkte).

Die 60 bis 79jährigen

Der Anteil der nächsthöheren Altersgruppe, der 60 bis 79jährigen, steigt dagegen auf allen hier betrachteten Gebietsebenen, im Zeitraum 2015 bis 2030 an - Teil sehr deutlich. Im

Landesdurchschnitt wird ein Anstieg um +4,9 Prozentpunkte prognostiziert, in den Regierungsbezirken Stuttgart und Karlsruhe jeweils um +4,6, im Regierungsbezirk Freiburg um +5,3 und im Regierungsbezirk Tübingen sogar um +5,6 Prozentpunkte.

Bei den Gebietskörperschaften zeichnen sich die kreisfreien Städte durch vergleichsweise geringfügige Steigerungsraten aus (Stuttgart: +1,1; Heilbronn: +3,4; Baden-Baden +0,7; Karlsruhe: +3,0; Heidelberg: +3,5; Mannheim: +2,4; Ulm: +1,8 Prozentpunkte). Dagegen gehören einige Landkreise, ebenfalls v.a. die weiter von städtischen Oberzentren bzw. kreisfreien Städten entfernt liegenden, zu denjenigen, die die stärksten Zuwächse beim Anteil der 60-79jährigen haben: der Hohenlohekreis (+6,9), der Alb-Donau-Kreis (+7,1) sowie die Kreise Biberach (+7,1) und Sigmaringen (+6,7 Prozentpunkte).

Die ab 80jährigen

Der Anstieg des prozentualen Anteils der ab 80jährigen an der Gesamtbevölkerung wirkt zwar nicht so deutlich wie z.B. der der gerade diskutierten Altersgruppe, also der 60-79jährigen. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass eine Zunahme der Bevölkerungsanteile dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung von 5,5% (2015) auf 7,2% (2030), innerhalb dieser Altersgruppe einen hohen prozentualen Anstieg von 31% ergibt. Hier weicht die Prognose der Bertelsmann Stiftung allerdings deutlich von der des Statistischen Landesamtes nach oben ab.

Auf der Ebenen der Regierungsbezirke gibt es praktisch keine Abweichungen vom vorausgesagten Landesdurchschnitt. Nur der Regierungsbezirk Tübingen weist einen Anstieg um 1,8, die anderen drei Regierungsbezirke jeweils einen von 1,7 Prozentpunkten auf.

Auf der Ebene der Gebietskörperschaften fallen wieder die kreisfreien Städte, und zwar mit stark unterdurchschnittlichen Steigerungsraten auf: die Landeshauptstadt Stuttgart (+0,8), die kreisfreien Städte Baden-Baden (+1,2), Karlsruhe (+0,8), Mannheim und Pforzheim (jeweils +1,1), Freiburg (+1,0) und Ulm (+1,2 Prozentpunkte). Die Landkreise liegen dabei entweder leicht, z.T. aber auch deutlich über dem Landesdurchschnitt von +1,7 Prozentpunkte, darunter sogar Landkreise, die um kreisfreie Städte herum gelegen sind. Dazu gehören die Landkreise Heilbronn (+2,3), Karlsruhe und Breisgau-Hochschwarzwald (jeweils +2,2). Jedoch gehören gerade auch Landkreise in weiterer Entfernung zu städtischen Oberzentren bzw. kreisfreien Städten bzw. mit einem hohen ländlichen Gebietsanteil zu den Gebietskörperschaften mit vergleichsweise hohen Steigerungsraten bzgl. dieser Altersgruppe: der Landkreis Böblingen (+2,1), der Neckar-Odenwald-Kreis (+2,1), der Rhein-Neckar-Kreis (+2,3), der Enzkreis (+2,1), die Landkreise Emmendingen und Ravensburg (jeweils +2,1), besonders aber der Bodensee-Kreis (+2,6 Prozentpunkte).

Zusammenfassend zeigt sich folgendes Muster: Regionen bzw. Gebietskörperschaften mit leicht steigender, konstanter bzw. unterdurchschnittlich abnehmender Bevölkerungszahlen von 2015 bis 2030 zeichnen sich durch einen vergleichsweise geringen Rückgang der Quoten für jüngere Altersgruppen (0-19j., 20-59j.) aus, während solche mit stärker

schrumpfender Gesamtbevölkerung stark ansteigende Quoten für höhere Altersgruppen aufweisen.

Der Zustand der Pflegebedürftigkeit ist (immer) durch krankheits- bzw. behinderungsbezogene Faktoren begründet. Insofern sind Pflegebedürftige praktisch immer schwerer Erkrankte bzw. Menschen mit schwereren Behinderungen. Auch die Formulierung in § 14 SGB XI (1):

„Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen“.

lässt unmittelbar den Zusammenhang zwischen länger - meist chronisch - vorhandenen somatischen und/oder geistigen bzw. psychischen Erkrankungen und Behinderungen einerseits und dem Zustand der Pflegebedürftigkeit andererseits erkennen. Weiter werden in Absatz 2 § 14 folgende Krankheits- bzw. Behinderungsarten (stark zusammengefasst) genannt:

Studien und Analysen in der nationalen und internationalen Literatur stützen die Aussagen des SGB XI weitgehend, stellvertretend dazu die MUG III-Studie (Schneekloth/Wahl 2005: S. 41).

„Insgesamt lässt sich wohl sagen, dass es vor allem zwei Ursachenbündel sind, welche das Risiko von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit deutlich erhöhen: Beeinträchtigung der Motorik und der allgemeinen Beweglichkeit und Mobilität sowie kognitive Einschränkungen“.

Als weitere, nicht so ausschlaggebende, aber doch mit Pflegebedürftigkeit zusammenhängende oder sie erschwerende Faktoren werden weitere Erkrankungen diskutiert, insbesondere Störungen der Sinnesorgane (Hör-, Sehfähigkeit), Multimorbidität (v.a. aus dem Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen), Über- und Untergewicht sowie Depressionen (ebd. 38-42).

Erwähnt werden muss, dass sich Hilfe-, zum Teil aber auch Pflegebedürftigkeit, auf jeden Fall aber das Ausmaß ihrer Bewältigung auch aus eigenen Ressourcen, nicht nur aus persönlichen, krankheitsbezogenen Merkmalen der Betroffenen ergibt bzw. davon moderiert, sondern auch von räumlichen (Wohnung, Infrastruktur des Wohnumfeldes etc.) und sozialen (Soziales Netzwerk, Familienstand, Haushaltsform) Merkmalen der Betroffenen (vgl. ebd.: 41-45) beeinflusst wird.

Die offizielle Pflegestatistik in Deutschland als Grundlage für die Einschätzung der Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung und deren Prognose

In der Regel werden für statistische Analysen und Prognosen die Daten der seit 1999 alle zwei Jahre durchgeführten Pflegestatistik aus Daten der Pflegekassen auf Landes- und Bundesebene hinzugezogen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass diese Daten nur die

tatsächlich durch die jeweiligen Medizinischen Dienste der Krankenkassen bzw. entsprechender Dienste der privaten Pflegekassen als pflegebedürftig eingestuft Antragsteller umfassen, die dann zu Leistungsempfängern von Leistungen nach SGB XI werden. In bundesweiten repräsentativen Stichproben zur Hilfe- und Pflegebedürftigkeit (z.B. die MUG III Studie; Schneekloth/Wahl 2005) stellte sich aber heraus, dass es eine große Übereinstimmung zwischen den absoluten und relativen Zahlen der Pflegestatistik und denen der genannten Studie gibt, auch hinsichtlich der Quoten in den aufeinander folgenden Altersgruppen (ebd.: 65). So ist es durchaus zulässig, die Daten der Pflegestatistik als brauchbare Indikatoren für die Anzahl sowie die Anteile Pflegebedürftiger und deren Entwicklung im Zeitverlauf anzunehmen.

Grundsätzlich ist jedoch davon auszugehen, dass es einen Unterschied zwischen tatsächlicher Pflegebedürftigkeit und festgestelltem Bedarf, z.B. durch die MDK-Begutachtungen gibt. Die folgende Tabelle zeigt auf Kreisebene die Zahl der Antragssteller in Baden-Württemberg. Sie weist auch den prozentualen Anstieg zwischen 2010 und 2014 aus sowie die Veränderungen (Einführung Stufe 0+), die sich aus gesetzlichen Neuregelungen (Pflege-Neuausrichtungsgesetz) ergeben. Das führt zu Verschiebungen und macht die Vergleichbarkeit der Zahlen für einzelne Jahre schwierig.

Antragsteller auf Leistungen nach SGB XI in 2010 und 2014	Anzahl Antragsteller			Pfleigestufen Antragsteller (%)								
	2010	2014	Anstieg in %	2010				2014				
				0	I	II	III	0	0+	I	II	III
Stuttgart, kreisfreie Stadt	2862	3049	7%	41,5	50,0	7,7	,8	2,8	34,7	52,4	9	1,1
Böblingen, Landkreis	1774	2137	20%	30,4	53,3	14,1	2,1	2,8	28,1	54,8	12,5	1,7
Esslingen, Landkreis	2390	2904	22%	34,2	49,4	14,9	1,6	2,5	31,1	52,7	12,7	1,1
Göppingen, Landkreis	1445	1705	18%	36,6	49,2	12,3	1,9	3,7	35,2	49,3	10,4	1,3
Ludwigsburg, Landkreis	2174	2861	32%	41,5	47,8	9,9	,8	2,9	30,4	54,6	10,6	1,5
Rems-Murr-Kreis, Landkreis	1994	2236	12%	32,0	54,4	12,3	1,4	2,3	28,1	58,1	10,7	,9
Heilbronn, kreisfreie Stadt	2084	2481	19%	26,8	63,1	9,1	1,1	2,4	27,7	58,6	10,5	,9
Hohenlohekreis, Landkreis	586	642	10%	25,1	64,7	9,0	1,2	1,2	27,3	57,9	11,7	1,9
Schwäbisch Hall, Landkreis	1085	1177	8%	34,2	53,5	10,9	1,5	3,4	39,3	48,8	7,7	,8
Main-Tauber-Kreis, Landkreis	791	913	15%	25,8	58,4	12,6	3,2	1,1	23,0	60,2	14,2	1,4
Heidenheim, Landkreis	763	900	18%	21,1	65,0	12,3	1,6	2,0	34,6	54,0	8,6	0,9
Ostalbkreis, Landkreis	1722	1936	12%	30,9	54,9	12,3	1,9	3,4	34,2	52,0	9,3	1,1
Baden-Baden, kreisfreie Stadt	311	386	24%	35,0	54,3	9,6	1,0	2,8	31,9	53,6	11,7	0,0
Karlsruhe, kreisfreie Stadt	3225	4329	34%	32,9	56,1	9,6	1,4	2,6	30,4	55,2	10,4	1,4
Rastatt, Landkreis	1118	1520	36%	29,0	56,7	12,6	1,7	2,2	33,4	53,9	9,2	1,3
Heidelberg, kreisfreie Stadt	548	715	30%	32,7	56,0	8,9	2,4	4,2	31,6	49,7	12,6	2,0
Mannheim, kreisfreie Stadt	1736	2229	28%	28,7	55,2	13,8	2,3	4,5	28,7	55,7	9,8	1,3
Neckar-Odenwald-Kreis, Landkreis	964	1129	17%	21,8	66,3	10,7	1,2	1,4	30,6	56,6	10,5	,8
Rhein-Neckar-Kreis, Landkreis	2745	3791	38%	28,3	56,3	13,3	2,1	2,5	23,8	59,0	13,2	1,5
Pforzheim, kreisfreie Stadt	695	968	39%	38,6	51,8	9,1	,6	1,9	26,4	58,5	11,7	1,5
Calw, Landkreis	739	1099	49%	27,1	55,8	15,6	1,6	,9	23,0	62,3	11,9	1,8
Enzkreis, Landkreis	938	1267	35%	33,4	52,7	12,4	1,6	1,0	22,2	58,9	16,5	1,4
Freudenstadt, Landkreis	555	844	52%	34,8	50,8	12,8	1,6	2,5	32,1	52,7	11,6	1,1
Freiburg im Breisgau, kreisfreie Stadt	860	1079	25%	44,3	45,0	9,0	1,7	4,3	33,5	50,5	10,5	1,2
Breisgau-Hochschwarzwald, Landkre	999	1528	53%	38,4	48,9	11,2	1,4	2,9	36,8	50,6	9,0	,7
Emmendingen, Landkreis	683	1058	55%	31,9	54,5	12,2	1,5	2,6	32,3	51,0	11,2	2,8
Ortenaukreis, Landkreis	2302	2839	23%	33,1	55,3	10,3	1,3	3,2	31,5	52,7	11,0	1,5
Rottweil, Landkreis	763	922	21%	34,9	51,6	12,3	1,2	2,4	28,1	53,9	13,8	1,8
Schwarzwald-Baar-Kreis, Landkreis	1318	1636	24%	47,9	42,6	8,6	1,0	4,5	35,6	46,1	11,6	2,2
Tuttlingen, Landkreis	731	961	31%	31,9	56,5	10,7	1,0	1,7	30,5	52,5	12,8	2,5
Konstanz, Landkreis	1413	1665	18%	28,7	58,5	11,5	1,3	1,9	27,1	58,0	11,4	1,6
Lörrach, Landkreis	922	1384	50%	36,4	48,9	12,8	1,8	2,0	31,1	53,3	11,8	1,9
Waldshut, Landkreis	800	1076	35%	27,3	60,0	10,9	1,9	3,8	34,7	48,4	11,5	1,6
Reutlingen, Landkreis	1286	1775	38%	36,2	47,4	14,3	2,1	2,8	29,5	55,0	11,5	1,2
Tübingen, Landkreis	752	1049	39%	30,6	54,0	13,7	1,7	2,5	28,4	55,8	11,8	1,5
Zollernalbkreis, Landkreis	1103	1475	34%	32,2	50,0	14,8	3,0	4,0	31,1	51,8	11,5	1,7
Ulm, kreisfreie Stadt	507	696	37%	29,2	53,3	17,0	,6	3,7	29,2	51,9	14,4	,9
Alb-Donau-Kreis, Landkreis	915	1215	33%	24,3	55,5	17,9	2,3	1,7	27,1	52,9	16,4	1,9
Biberach, Landkreis	927	1105	19%	25,1	56,4	16,0	2,5	2,6	28,9	54,4	12,8	1,4
Bodenseekreis, Landkreis	874	1180	35%	28,6	50,0	18,3	3,1	3,1	24,6	55,1	14,2	3,1
Ravensburg, Landkreis	1228	1456	19%	32,5	52,2	13,3	2,0	2,9	33,2	52,3	9,8	1,9
Sigmaringen, Landkreis	588	739	26%	33,8	50,9	13,3	2,0	5,1	35,2	51,3	7,7	,7

Tabelle 1: Antragsteller auf Leistungen nach SGB XI in Baden-Württemberg ambulant, 2010 und 2014
Quelle: Datensatz des MDK Baden-Württemberg

Im Anhang befindet sich eine Tabelle die, ebenfalls auf der Ebene der Kreise, die tatsächlichen Leistungsempfänger nach SGB XI in Baden-Württemberg zeigt. Darin werden die Abweichungen zwischen Beantragung und Bewilligung deutlich sichtbar. Es zeigt sich aber auch hier, dass die Einführung der Stufe 0+ zu erkennbaren Veränderungen und Verschiebungen hinsichtlich der Zahl von Leistungsempfängern geführt hat. Die zum Teil erheblichen Unterschiede in den Bewilligungszahlen auf Kreisebene spiegeln sicher regionale Unterschiede, aber wohl auch Unterschiede in der Begutachtungspraxis der verschiedenen MDKs auf Landesebene wider. Dies kann im Rahmen dieses Gutachtens nur erwähnt, aber nicht quantifiziert werden.

Die Entwicklungen, die sich, auch bedingt durch gesetzliche Neuregelungen in relativ kurzen Zeiträumen vollzogen haben zeigen die beiden folgenden Abbildungen, die die Pflegestufen nach der Begutachtung durch den MDK für die Jahre 2010 und 2014 zeigen.

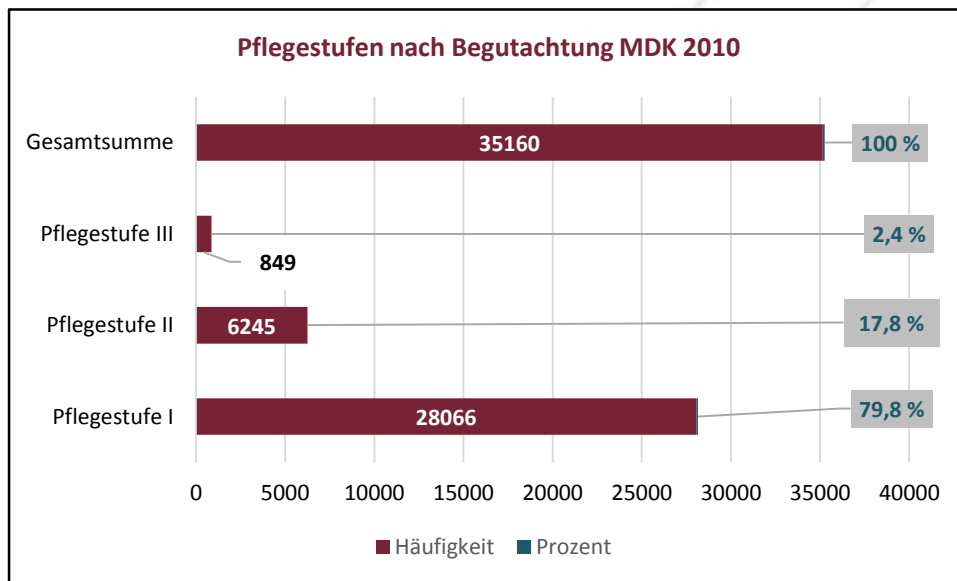


Abb.2: Pflegestufen nach Begutachtung durch den MDK Ba-Wü 2010

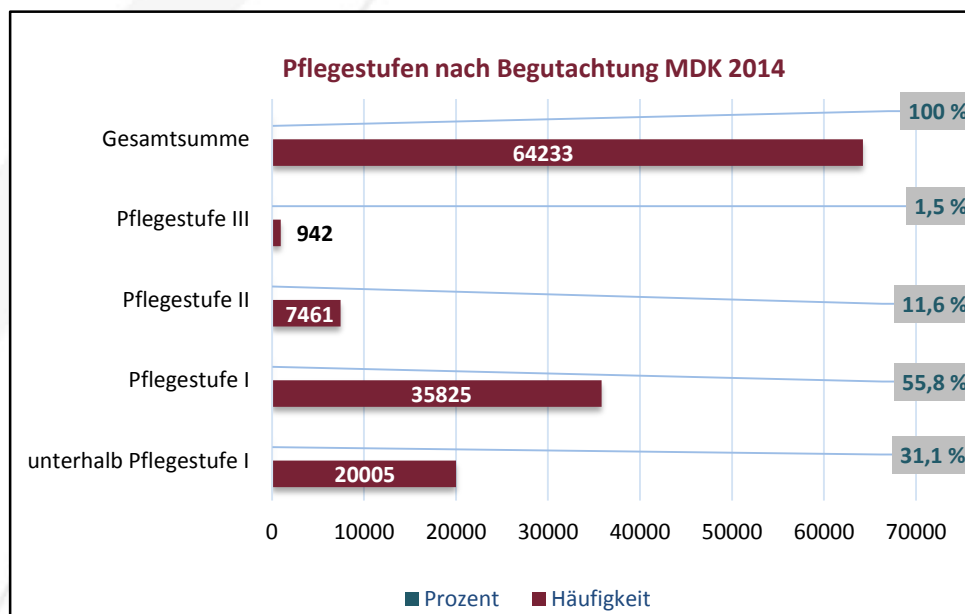


Abb. 3: Pflegestufen nach Begutachtung durch den MDK Ba-Wü 2014

Insgesamt hat sich das SGB XI im Zeitraum 2001 bis heute mehrfach verändert, insbesondere hinsichtlich der Ausweitung von Leistungsarten und Anspruchsgruppen, wie z.B. durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008, das Pflege-Neuausrichtungsgesetz aus dem Jahr 2012, und das Pflege-Stärkungsgesetz I 2015, in denen beispielsweise die Kombinationsmöglichkeiten ambulanter Sachleistungen und Leistungen für die Inanspruchnahme von Tagespflege deutlich verbessert wurden (2008: 150% der gesamten Sachleistungen, 2015: Erhöhung auf 200% solcher Sachleistungen, jeweils auf allen Pflegestufen).

Das neue Assessmentverfahren, das noch in dieser Legislaturperiode im Rahmen des Pflege-Stärkungsgesetz II eingeführt werden soll, wird vermutlich die Gruppe der potentiellen und tatsächlichen Leistungsempfänger noch einmal erweitern. Veränderungen des SGB XI haben also schon immer Einfluss gehabt auf die Zahl der Leistungsberechtigten und

Leistungsempfänger sowie auf den Umfang der Leistungen insgesamt. Diese Faktoren haben auch zu einer vergrößerten Akzeptanz des SGB XI in der Bevölkerung geführt, und werden das in den nächsten Jahren vermutlich auch weiterhin tun. Allerdings können die Effekte, v.a. prognostisch, kaum quantifiziert werden.

Die absolute Anzahl pflegebedürftiger Menschen (nach SGB XI anerkannt) hat sich seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes bundesweit stetig erhöht. Waren im ersten Jahr (1997) nach Einführung sowohl der ambulanten (1995) als auch stationären Leistungen (1996) insgesamt ca. 1,66 Millionen Pflegebedürftige in der amtlichen Pflegestatistik erfasst, so stieg diese Zahl im Jahr 2013 auf insgesamt rund 2,6 Millionen (Statistisches Bundesamt 2015). Dieser Anstieg ist vor allem durch den demografischen Wandel, insbesondere durch die Zunahme der Zahl alter und hochaltriger Menschen zu erklären, zu einem gewissen Teil auch durch die Leistungserweiterungen, die es in den letzten Jahren im Rahmen des SGB XI gegeben hat sowie eine gestiegene Bekanntheit und Akzeptanz der Pflegeversicherung in der Bevölkerung. Daraus eine Zunahme des allgemeinen Risikos der Pflegebedürftigkeit abzuleiten, wäre vorschnell. Denn es gibt Hinweise darauf, dass die altersgruppen-spezifischen Pflegequoten durchaus gesunken sind. Sowohl die amtliche Pflegestatistik (Kohls 2012: 61) als auch Vergleiche mit repräsentativen epidemiologischen Studien zur Pflegebedürftigkeit lassen diese Interpretation zu (Schneekloth/Wahl 2005: 65).



Gesetzliche Veränderungen beeinflussen die Begutachtungspraxis und die Bewilligung nach Pflegestufen – dies macht es schwierig, Trends zu erkennen und daraus auf Veränderungen bei den pflegebedürftigen Menschen zu schließen

Anzahl nach SGB XI anerkannter Pflegebedürftiger und die Pflegequote gesamt in Baden-Württemberg 2001 bis 2013

Von 2001 bis 2013 ist die Zahl der anerkannten Pflegebedürftigen von 210.724 auf 298.769, also um ca. 88.000 gestiegen. Die Pflegequote (Pflegebedürftige pro 100 Einwohner) wuchs vergleichsweise stark an, von 2,1 im Jahr 2001 auf 2,8 im Jahr 2013, trotz einer nur geringfügig geänderten Größe der jeweils zugrunde gelegten Bevölkerungszahl.

	2001*	2003*	2005*	2007*	2009*	2011*	2013*
Anzahl Pflegebedürftige	210724	224184	225367	236998	246038	278295	298769
Pflegequote	2,0%	2,1%	2,1%	2,2%	2,3%	2,6%	2,8%

*Jeweils Stichtag 15.12

Tabelle 2: Anzahl nach SGB XI anerkannter Pflegebedürftiger und Pflegequote in Baden-Württemberg 2001 bis 2013; Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2014 und 2015, eigene Berechnungen

Daraus aber ein gestiegenes Risiko für Pflegebedürftigkeit abzuleiten, wäre vorschnell. Immerhin ist im selben Zeitraum die Bevölkerung 65jährig und älter um ca. 370.000 Personen (Statistisches Landesamt BW 2015) angewachsen, und das Leistungsspektrum im SGB XI hat sich erweitert. So sind beispielsweise in der Zahl von ca. 299.000 Leistungsempfängern im Jahr 2013 knapp 15.000 Personen ohne Pflegestufe, aber mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Stufe0+) enthalten, die in den früheren Pflegestatistiken nicht erfasst wurden. (Statistisches Landesamt BW 2015c). Dieser Zuwachs erklärt sich ausschließlich durch jüngere Veränderungen des SGB XI, insbesondere des Pflege-Neuausrichtungsgesetz vom 30.10. 2012 bzw. 1.1. 2013 ergeben hat. Ohne diese Gruppe von Leistungsempfängern hätte im Jahr 2013 die Anzahl der Leistungsempfänger bei 284.000 gelegen, ein Zuwachs von „nur“ ca. 6000 gegenüber 2011, der sich weitgehend auf das zahlenmäßige Anwachsen der älteren und insbesondere der hochaltrigen Bevölkerung zurückführen lässt.

Ein weiterer Grund für den Anstieg der Pflegequoten 2011 und 2013 ist die durch die Zensus-Ergebnisse 2011 nach unten korrigierte Bevölkerungszahl für Baden-Württemberg. Der Nenner in der Quotenbildung ist etwas kleiner geworden, wodurch die Quoten 2011 und 2013 gegenüber der von 2009 zusätzlich etwas stärker ausfielen als dies ohne die Korrektur der Zahl in der Gesamtbevölkerung der Fall gewesen wäre.

Eine detaillierte Analyse der Entwicklung der Pflegequoten auf Ebene aller Gebietskörperschaften Baden-Württemberg kann hier rückblickend ab 2001 bis 2011 bzw. 2013 nicht geleistet werden. Beispielhaft kann aber am Beispiel von zwei Gebietskörperschaften, die hinsichtlich ihrer Bevölkerungsentwicklung nach Anzahl und Altersgruppenstruktur sehr unterschiedlichen sind, gezeigt werden, wie sich die Pflegequoten im Zeitverlauf auf dieser regionalen Ebene darstellen. Es sind dies die Landeshauptstadt Stuttgart und der Zollernalbkreis.

Die Landeshauptstadt Stuttgart hatte im Jahr 2001 bei knapp 11.000 Pflegebedürftigen und gut 587.000 Einwohnern eine Pflegequote von 1,8%, messbar unterhalb des Landesdurchschnitts von 2,0%. 2011 lag die Zahl der Pflegebedürftigen bei knapp 13.000, und mit einer zensusbereinigten Bevölkerungszahl von knapp 586.000 ergab sich eine Pflegequote von 2,2%, noch etwas deutlicher unter dem Landesdurchschnitt (2,6%) als im Jahr 2001.

Dagegen wies der Zollernalbkreis im Jahr 2001 mit knapp 4.400 Pflegebedürftigen und einer Bevölkerung von gut 193.000 eine Quote von 2,3% auf, deutlich über dem Landesdurchschnitt von 2,0%. Im Jahr 2011 war diese Quote, bedingt durch eine stark gestiegenen Anzahl Pflegebedürftiger auf knapp 5.300 und eine zensusbereinigte Bevölkerungszahl von ca. 185.500 auf 2,9% gestiegen, ebenfalls deutlich über dem Landesdurchschnitt von 2,6%.

	Stuttgart		Zollernalbkreis	
	2001	2011	2001	2011
Anzahl Pflegebedürftige	10.844	12.978	4.379	5.289
Bevölkerung	587.152	585.890	193.196	185.560
Pflegequote	1,8%	2,2%	2,3%	2,9%

Tabelle 3: Pflegebedürftige und Pflegequoten – Stuttgart und Zollernalbkreis im Vergleich
 Quellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2014 und 2015;
 City Population 2015; eigene Berechnung

Dieses Beispiel weist exemplarisch auf den Befund hin, dass in Landkreisen mit einer eher ländlichen Bevölkerungsstruktur (höherer Anteil älter und hochaltriger Menschen, vergleichsweise starker Rückgang der Bevölkerungszahl) die Pflegequoten und ihr Anstieg eher überdurchschnittlich ausfallen, gegenüber einer großstädtischen kreisfreien Stadt wie Stuttgart mit einer deutlich „jüngeren“ Bevölkerungsstruktur, bedingt auch durch den stärkeren Zuzug von Menschen im jungen und mittleren Alter.

Prognose der Anzahl Pflegebedürftiger und entsprechende Pflegequoten 2015 bis 2030 in Baden-Württemberg, in den Regierungsbezirken und Gebietskörperschaften

Mit den geschlechts- und altersgruppenspezifischen Pflegequoten aus der aktuellen Pflegestatistik 2013 für Baden-Württemberg, die uns das Statistische Landesamt Baden-Württemberg zur Verfügung gestellt hat, und den Daten der aktuellen regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung des Landes (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2014) wurden für 2015 und 2030 die absoluten Zahlen Pflegebedürftiger (anerkannte Leistungsempfänger) und die entsprechenden Pflegequoten bezogen auf die Gesamtbevölkerung ermittelt. Dies wird im weiteren Verlauf des Gutachtens dargestellt und erläutert bezogen auf das Land, die Regierungsbezirke und die Landkreise bzw. kreisfreien Städte.

Die nachfolgende Tabelle 4 zeigt die geschlechts- und altersgruppenspezifischen Pflegequoten, die aus den Daten des Statistischen Landesamtes von uns für das Jahr 2013 ermittelt werden konnten.

Altersgruppen/ Geschlecht	0-4 Jahre	5-9 Jahre	10-14 Jahre	15-19 Jahre	20-24 Jahre	25-29 Jahre	30-34 Jahre	35-39 Jahre	40-44 Jahre	45-49 Jahre
Männlich	0,47	0,92	0,87	0,64	0,42	0,38	0,36	0,36	0,42	0,48
Weiblich	0,36	0,67	0,59	0,46	0,37	0,32	0,27	0,30	0,36	0,48
Insgesamt	0,42	0,78	0,73	0,55	0,40	0,35	0,32	0,33	0,39	0,48

Altersgruppen/ Geschlecht	50-54 Jahre	55-59 Jahre	60-64 Jahre	65-69 Jahre	70-74 Jahre	75-79 Jahre	80-84 Jahre	85-89 Jahre	über 90 Jahre	Alle
Männlich	0,69	0,98	1,61	2,78	4,26	7,86	15,79	27,88	51,51	2,05
weiblich	0,66	0,95	1,45	2,39	4,20	8,87	20,97	39,37	67,49	3,55
insgesamt	0,68	0,96	1,53	2,57	4,23	8,42	18,80	35,58	63,83	2,80

Tabelle 4: Geschlechts- und altersgruppenspezifische Pflegequoten in Baden-Württemberg 2013; Quellen: Statistisches Landesamt 2014 und 2015, eigene Berechnungen

Die Pflegequoten liegen in den Altersgruppen unterhalb der 60jährigen durchwegs unter der Ein-Prozent-Marke, zwischen etwa 0,3 und knapp unter 1%. Ab der Altersgruppe der 60jährigen und älter verdoppeln sie sich jedoch in etwa in jeder um fünf Jahre höheren Altersgruppe, bis zu den 85-89jährigen. In der Altersgruppe ab 90jährigen älter findet sich die höchste Pflegequote (ca. 64%).

Die Pflegequoten liegen für beide Geschlechter bis zur Altersgruppe der 70-74jährigen jeweils in etwa gleich hoch, ab der nächsthöheren Altersgruppe zeigt sich jedoch eine zunehmend höhere Pflegequote bei Frauen als bei jeweils gleichaltrigen Männern. Dies ist vor allem auf die deutlich höhere Lebenserwartung von Frauen gegenüber Männern zurückzuführen, auch bei bestehenden schweren Erkrankungen und Behinderungen bzw. Pflegebedürftigkeit, selbst noch in den Altersgruppen jenseits des 80. Lebensjahres. Das Phänomen der Multimorbidität alter Frauen ist in der Geriatrie ein wohl bekanntes Phänomen.

Der kurvilineare Anstieg (quadratische Funktion) der Pflegequoten mit dem Alter ähnelt dem für die Demenzprävalenz (vgl. Tab. 4), die Pflegequoten liegen aber in den Altersgruppen ab 65 Jahren und darüber jeweils um einige Prozentpunkte höher als die entsprechenden Demenz-Prävalenzraten. Offensichtlich ist einerseits die Pflegequote nach Altersgruppen eng mit der Demenzprävalenz verknüpft, andererseits trägt auch die sonstige altersassoziierte Morbidität zusätzlich zum altersbedingten Anstieg der Pflegequoten bei.

Auch in Zukunft werden Frauen absolut und relativ am stärksten unter den Pflegebedürftigen vertreten sein. Dennoch werden Zahl und Anteil der männlichen Pflegebedürftigen insgesamt bis 2030 stärker zunehmen als die entsprechenden Vergleichszahlen für Frauen. Der Hauptgrund dafür ist die Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung für Männer, die schon jetzt ein Altersniveau erreicht hat, das mit dem Risiko der Pflegebedürftigkeit deutlich korreliert.

Aus den Daten des MDK lassen sich leider keine Rückschlüsse auf Familienstand und auf Kinder der Antragsteller bzw. der begutachteten Personen schließen. Dies gilt auch für die Angaben zu der Hauptpflegeperson im häuslichen Bereich. Aus der Zusammenschau aller Daten (vgl. auch Tabelle „Leistungsempfänger nach SGB XI nach persönlichen Merkmalen“ im Anhang) lassen sich jedoch Rückschlüsse auf die Pflegesettings im Land ziehen, die offenkundig überwiegend noch nicht von einem größeren familiären oder nachbarschaftlichen Netzwerk getragen sind. Die Zahl der informellen Pflegekräfte bewegt sich in allen

Stadt- und Landkreisen durchschnittlich zwischen 1 und 2 Personen. Landesweit liegt die durchschnittliche Zahl der informellen Pflegekräfte im Jahr 2010 bei 1,55 Personen und geht im Jahr 2014 sogar auf 1,31 zurück.

Für das Jahr 2015 insgesamt lässt sich, bezogen auf das Land Baden-Württemberg, eine absolute Zahl Pflegebedürftiger hochrechnen, die bei ca. 312.500 Personen liegt – ausgehend auf den Quoten von 2013. Damit steigt die Zahl um ca. 12.500 Personen, verglichen mit der des Jahres 2013. Die Pflegequote für die Gesamtbevölkerung liegt damit bei 2,91 %, also um 0,1 Prozentpunkte höher als noch 2013. Für das Jahr 2030 lässt sich eine Zahl von ca. 400.000 pflegebedürftigen Leistungsempfängern hochrechnen, ein Anwachsen um fast 90.000 Personen. Da die Gesamtbevölkerung in diesem Zeitraum prognostiziert nur geringfügig zunimmt (vgl. oben.), errechnet sich für 2030 eine deutlich höhere Pflegequote von 3,71%. Gegenüber 2015 ist das ein Anstieg um 0,8 Prozentpunkte, der vor allem die Veränderung in der Altersstruktur der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg widerspiegelt (vgl. auch Tabellen im Anhang).

Auf der Ebene der vier Regierungsbezirke zeigen sich weitgehend homogene Entwicklungen, wie auch schon bei den zuvor beschriebenen Analysen. Die Regierungsbezirke variieren bzgl. ihres prozentualen Anstiegs der Pflegequote in einem Bereich zwischen 0,76 bis 0,82.

Viel extremer sind die Varianzen, also die Abweichungen vom Landesdurchschnitt auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte. Auf der Ebene der Gebietskörperschaften zeigt sich ein Muster, das wir schon bei der Diskussion der Entwicklung der Gesamtbevölkerung, der Entwicklung hinsichtlich ihrer Altersstruktur und der der Demenzprävalenz aufzeigen konnten. In den kreisfreien Städten wird die Steigerung der Pflegequote bis 2030 vergleichsweise gering ausfallen, in den Landkreisen jedoch deutlich stärker. Dies betrifft vor allem die Landkreise, die sich in räumlicher Nähe zu kreisfreien Städten befinden, sogar auf einem noch etwas höherem Niveau als in den sehr ländlich bzw. klein-/ mittelstädtisch strukturierten Landkreisen.

Für die Landeshauptstadt Stuttgart lässt sich der niedrigste Zuwachs (0,3 Prozentpunkte) in ganz Baden-Württemberg prognostizieren, gefolgt von den kreisfreien Städten Karlsruhe (0,36), Baden-Baden (0,37), Ulm (0,40) und Freiburg (0,47 Prozentpunkte). Dagegen werden für die Landkreise Heilbronn (1,05) und Karlsruhe (0,99) wesentlich höhere Zuwächse der Pflegequote vorausgesagt, ebenso für den Kreis Breisgau-Hochschwarzwald (0,94), den Rhein-Neckar-Kreis (0,97), den Enzkreis sowie den Landkreis Emmendingen (jeweils 0,98 Prozentpunkte). Aber auch unter den eher ländlich strukturierten Gebietskörperschaften finden sich Landkreise mit weit überdurchschnittlichen Steigerungen der prognostizierten Pflegequote, z.B. der Neckar-Odenwald-Kreis (0,96 Prozentpunkte) und der Bodenseekreis (1 Prozent). Allerdings gibt es, ähnlich wie bei der Prognose der Demenz-Prävalenz, unter ihnen auch Landkreise mit Zuwachsraten die knapp oder sogar unterhalb des Landesdurchschnitts liegen werden, so z. B. der Landkreis Heidenheim (0,72), der Schwarzwald-Baar-Kreis (0,75), die Landkreise Tuttlingen und Waldhut-Tiengen (0,80) sowie der Main-Tauber-Kreis (0,81).

Pflegeprognosen auf der Basis der Studie der Bertelsmannstiftung (2012) – Sonderauswertung für Baden-Württemberg

Im Jahr 2012 veröffentlichte die Bertelsmann Stiftung den Themenreport „Pflege 2030“, der in enger Zusammenarbeit mit der Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (Prof. Dr. Heinz Rothgang) entstanden ist. Zusätzlich konnten bis zum Spätherbst 2014, im Portal *Wegweiser Kommune*, auf der Ebene aller Landkreise in Deutschland, jeweils ausgehend von den Zahlen des Jahres 2009, die regionalen Entwicklungen bis zum Jahr 2030 abgerufen werden. Diese Zahlen befinden sich derzeit nicht mehr im Portal *Wegweiser Kommune*, denn augenblicklich wird die Pflegeprognose angepasst und überarbeitet – sie soll zum Ende des Jahres 2015 wieder im Portal verfügbar sein.

Für das vorliegende Gutachten und die damit verbundenen Berechnungen und Analysen wurde der bisherige Datensatz verwendet. Er wurde aber über eine vertragliche Vereinbarung mit der Bertelsmann Stiftung für das vorliegende Gutachten zur Verfügung gestellt und von der Expertengruppe der KH Freiburg, bezogen auf Baden-Württemberg, entsprechend ausgewertet.

Diese Prognose geht aus von den Zahlen des Jahres 2009 und rechnet sie absolut und relativ hoch bis ins Jahr 2030. Dabei werden 3 Szenarien zugrunde gelegt, die sich in der Ausgangs- und Zielformulierung deutlich unterscheiden. Inzwischen haben sich auch einige Städte und Landkreise in Baden-Württemberg ebenfalls mit Zukunftsszenarien zur Pflege beschäftigt, die sich aber von denen der Bertelsmann Stiftung nicht wesentlich unterscheiden. So geht die Prognose für die Stadt Freiburg beispielsweise von den gleichen Vorannahmen aus, hat aber in der Darstellung die Logik der Szenarien in eine andere Reihenfolge gebracht. Auch in einem Beitrag von Pohl (2010) in der Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft zum künftigen Bedarf an Pflegearbeitskräften in Deutschland, in dem auch Modellrechnungen für die Bundesländer bis 2020 vorgestellt werden, wird auf vergleichbare Szenarien zurückgegriffen.

Hier muss auch auf 2.3 und 2.4 in diesem Gutachten verwiesen werden. Bei den Analysen zur Personalsituation in der Pflege wird ebenfalls auf die drei Szenarien Bezug genommen.

Sie lassen sich folgendermaßen skizzieren:

- **Szenario 1: Status-Quo-Szenario**

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird in den jeweiligen Versorgungsarten nach Alter, Geschlecht und Region fortgeschrieben. Damit folgt die prognostizierte Zahl pflegebedürftiger Menschen den bisherigen Entwicklungen und lässt andere gesellschaftliche Einflussfaktoren unberücksichtigt.

- **Szenario 2: Formelle Pflege nimmt zu**

Dieses Szenario geht von einem Rückgang des relativen Anteils pflegender Angehöriger (informelle Pflege) an der Versorgung Pflegebedürftiger aus und leitet daraus einen steigenden Anteil formeller Pflege ab, sowohl in der ambulanten (Pflegesachleistungen ambulant) als auch in der stationären Pflege (Pflegesachleistungen stationär). In der Literatur wird dieser Trend mit Aspekten des demografischen Wandels beschrieben (Zunahme

hochaltriger Menschen, Abnahme jüngerer Altersgruppen, steigende Kinderlosigkeit) sowie des sozialen Wandels (Anstieg der Erwerbsquote, vor allem bei Frauen, Anstieg des Anteils an Einpersonenhaushalten, zunehmende Pluralisierung von familiären Lebensformen). Die notwendige Zunahme formeller Pflege wird damit begründet (vgl. Bertelsmannstiftung 2012: 25f).

Allerdings werden auch gegenläufige Trends diskutiert, so zum Beispiel die wachsende Zahl männlicher Hauptpflegepersonen, aber auch die Ergänzung der familiären Pflege durch nichtverwandte informelle Personen (Nachbarn, Freunde, Bekannte). Deshalb wurde dieses Szenario weitgehend nur auf Determinaten aus dem Jahr 2009 berechnet, sowie unter Berücksichtigung des beobachtbaren Rückgangs der Anteile von Pflegegeldempfängern an den gesamten Pflegeleistungen. Bundesweit ging deren Anteil von 51% im Jahr 1999 auf 45,6% im Jahr 2009 zurück. Unter Voraussetzung dieses Trends wurde weiter unterstellt, dass sich dieser Rückgang bis 2030 gleichmäßig fortsetzt und sich jeweils hälftig durch formelle ambulante und stationäre Pflegeleistungen kompensiert würde. Szenario zwei führt entsprechend zu einem vergleichsweise starken Anstieg der absoluten Zahlen und relativen Anteile Pflegebedürftiger, die durch professionelle ambulante Pflegedienste (ausschließlich oder in Ergänzung) versorgt werden oder die formelle stationäre Pflege in Anspruch nehmen (vgl. ebd. S. 26).

- **Szenario 3: Häusliche Pflege wird gestärkt**

Hier handelt es sich um ein Wunschscenario, das einer konsequenten Umsetzung der Forderung „ambulant vor stationär“ (§3 SGB XI) nachgeht. Dabei sollen keine stationären Kapazitäten ab- oder rückgebaut, aber es soll auf deren Ausbau (weitgehend) verzichtet werden. Die zusätzlich entstehende Nachfrage bzw. entsprechend der zusätzliche Bedarf bis 2030 soll sukzessive durch die Verbesserung der Unterstützung pflegender Angehöriger (Vereinbarkeit mit Beruf und Familie), durch einen starken Ausbau ambulanter Pflegedienste zur Förderung der professionellen ambulanten Pflege und einen ebenso starken Ausbau alternativer Wohnformen für Pflegebedürftige (Senioren-WGs, Wohnpflegegruppen, Mehr-Generationenhäuser etc.) gedeckt werden. Der Anpassungsbedarf für dieses Szenario bedeutet vor allem also eine deutliche Steigerung der Kapazitäten ambulanter Pflegedienste, die bis 2030 zusätzlich sowohl in der häuslichen Pflege (dem bisherigen eigenen Privathaushalt der Pflegebedürftigen, allein oder mit Angehörigen) oder in den neuen alternativen Wohn-/Pflegeformen einzusetzen sind. Szenario 3 setzt klar auch auf bürgerschaftliches Engagement, auf einen Hilfe- und Pflege-Mix und auf die Verankerung der Pflege in sozialräumlichen Strukturen.

Die drei in dieses Szenario eingehenden Berechnungsvoraussetzungen sind:

- Konstanz der Fallzahl in der stationären Pflege von 2009 bis 2030, entsprechend auch der Platzzahl
- Konstanz der Anteile der Angehörigenpflege an allen Pflegebedürftigen von 2009 bis 2030

- Entsprechende Ergänzung des zusätzlichen, rein demografisch sich errechnenden Bedarfs durch ambulante formelle Pflege in den bisherigen Privathaushalten bzw. neu entstehenden alternativen Wohn-/Pflegeformen von 2009 bis 2030.

Im Anhang dieses Gutachtens finden sich die 3 Szenarien jeweils auf Landkreisebene Baden-Württemberg dargestellt. Spannend ist dabei die Verknüpfung mit den Prognosen zum zusätzlichen Bedarf an Pflegekräften und pflegenden Personen, ausgehend von den jeweiligen Bedingungen der drei Szenarien. Unterschieden werden dabei die drei Kategorien „Angehörigenpflege“, „ambulante Pflege“ (professionelle Pflege, auch in Kombination mit Angehörigenpflege) sowie „stationäre Pflege“ (Heimversorgung).



Verschiedene Szenarien stehen für bestimmte Entwicklungen in der Pflege. Die Politik entscheidet maßgeblich, im Sinne einer Weichenstellung, wohin sich die Pflegelandschaft entwickeln kann und wird.

Pflegeprognose Bertelsmann Stiftung hinsichtlich der Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger und der Pflegequote in Baden-Württemberg von 2009 bis 2030

Im Land Baden-Württemberg waren im Jahr 2009 etwa 246.000 Personen anerkannte Leistungsempfänger nach SGB XI. Dies entsprach einer Pflegequote von knapp 2,3 % (vgl. auch Tabelle 2) - deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von 2,85 % - und damit das Bundesland mit der niedrigsten Pflegequote in Deutschland. Für das Jahr 2030 errechnete die Studie einen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg auf ca. 378.000, ein Zuwachs von absolut etwa 132.000 Betroffenen. Die Pflegequote würde demzufolge auf etwa 3,5 % steigen, also um gut 1,3 Prozentpunkte. Baden-Württemberg bliebe, auch nach Ergebnisse dieser Prognose, damit deutlich unterhalb der bundesweit prognostizierten Durchschnittswerte.

Auf der Ebene der Regierungsbezirke finden sich, wie in unserer Prognose, die auf den Daten des Statistischen Landesamts beruht, praktisch kaum Abweichungen hinsichtlich des Zuwachses der Pflegequoten vom Landesdurchschnitt. Auf der Ebene der Gebietskörperschaften zeigt sich jedoch das gleiche – heterogene - Muster wie in unserer Prognose: Die kreisfreien Städte weisen zwar einen Zuwachs der Pflegequoten auf, aber weit unterhalb des Landesdurchschnitts, am deutlichsten die Landeshauptstadt, aber auch Heidelberg, Karlsruhe, Ulm und Freiburg. Bei den Landkreisen finden wir auch in der Studie der Bertelsmann Stiftung weitgehend dieselben wieder, die auch nach unserer Prognose die stärksten Steigerungen der Pflegequote aufweisen: der Rems-Murr-Kreis, der Landkreis Heilbronn, der Neckar-Odenwald-Kreis, der Landkreis Karlsruhe sowie der Enzkreis (vgl. Tabelle im Anhang). Es zeigen sich also – auch Unterschieden in den Zahlen – doch übereinstimmend die gleichen Tendenzen und Entwicklungen.

Vergleichende Diskussion der beiden dargestellten Prognosen

Die Prognose der Bertelsmann Stiftung basiert jeweils auf den Zahlen und der Pflegequote des Jahres 2009 und auf der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Sie kommt dabei zu einer niedrigeren prognostizierten Zahl von Pflegebedürftigen und zu einer entsprechend niedrigeren Pflegequote für das Jahr 2030 als die von uns durchgeführte Prognose. Diese wurde auf Basis der landesweiten Pflegequoten 2013 und der aktuellen regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg erstellt.

Während die Prognose der Bertelsmann Stiftung etwa 378.000 Pflegebedürftige landesweit voraussagt, kommt unsere Prognose auf eine Zahl von ca. 400.000 pflegebedürftigen Leistungsempfängern, also 22.000 Pflegebedürftige mehr. Entsprechend liegen auch die Prognosen für die Pflegequote im Jahr 2030 auseinander. Die Bertelsmann Stiftung kommt auf eine Quote von 3,5 %, während nach unserer Vorausrechnung 3,71% erreicht werden. Gründe für die nicht unerheblichen Differenzen sind:

1. Die Prognose der Bertelsmann Stiftung nimmt als Ausgangspunkt das Jahr 2009, als die landesweite Pflegequote in Baden-Württemberg noch bei 2,3% lag, während unsere Prognose auf der Pflegequote des Jahres 2013 (2,8%) beruht.
2. Die Prognose der Bertelsmann Stiftung basiert auf einer bundesweiten Bevölkerungsvorausberechnung des Jahres 2009, die also noch nicht durch die Ergebnisse des Zensus von 2011 bereinigt worden war und von einer höheren Gesamtbevölkerung bundes- wie landesweit im Ausgangsjahr 2009 ausging.
3. In den Jahren vor 2013 hat es erhebliche Veränderungen im Leistungsspektrum des SGB XI (z.B. Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008, Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012) gegeben, so dass es für 2013 zu einer erstmaligen Erfassung von Leistungsempfängern kam, die in ihrer Alltagskompetenz erheblich beeinträchtigt, aber noch nicht pflegebedürftig im Sinne einer Pflegestufe sind. Diese erstmalige Erfassung 2013 stellt neben den zwei genannten methodischen Aspekten einen weiteren Grund für die von uns ermittelte Pflegequote von 3,71% für das Jahr 2030 dar.

Beide Prognosen kommen aber bei der Identifizierung von Gebietskörperschaften mit unter-, über- bzw. nur durchschnittlichem Anstieg der Pflegequoten bis 2030 zu weitgehend identischen Ergebnissen. Die kreisfreien Städte Stuttgart, Heidelberg, Karlsruhe, Ulm und Freiburg erwarten bis 2030 einen deutlich unterdurchschnittlichen Anstieg der Pflegequoten, während die meisten Landkreise überdurchschnittliche Steigerungen erfahren werden. Der Rems-Murr-Kreis, der Landkreis Heilbronn, der Neckar-Odenwald-Kreis, der Landkreis Karlsruhe sowie der Enzkreis sind die Landkreise, die nach beiden Prognosen auf jeden Fall dazu gehören.

Wir können also für das Jahr 2030 mit einer Zahl von 380.000 bis 400.000 leistungsberechtigten Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg rechnen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Mit der Größenordnung von ca. 400.000 Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg im Jahr 2030 ist in etwa zu rechnen, unter der Bedingung, dass die demografischen Prozesse, die in die aktuelle regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes eingegangen sind, Bestand haben. Ob die Pflegequote insgesamt bei 3,5 oder 3,7% liegen oder doch anders ausfallen wird, hängt vor allem von Wanderungsbewegungen, die Baden-Württemberg bis zum Jahr 2030 erfahren wird.

Die großen Unterschiede, die sich vorwiegend auf der Ebene der Gebietskörperschaften darstellen ließen, werden vermutlich auch Bestand haben. Kreisfreie Städte werden eine geringere absolute Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger haben - gemessen an der derzeitigen Ausgangslage - und auch ein niedrigeres Wachstum ihrer Pflegequoten, im Vergleich zu vielen Landkreisen.

Die Zahl der Pflegebedürftigen, die Pflegequote und die entsprechenden Werte der Demenzprävalenz sowie deren Veränderungen bis 2030 sind eng verknüpft mit dem Stand und den Veränderungen demografischer Parameter. Obwohl die Bevölkerungszahl Baden-Württembergs nach der derzeit gültigen Bevölkerungsvorausrechnung von 2015 bis 2030 nur geringfügig steigen wird (um ca. 80.000), geht die Zahl der Demenzkranken und der Pflegebedürftigen in unserem Bundesland um 60.000 bzw. bis zu 100.000 nach oben. Dieser Anstieg ist praktisch ausschließlich bedingt durch die Zunahme der absoluten Zahlen und relativen Anteile alter, v.a. hochaltriger Menschen. Der Anteil 60-79jähriger wird im hier betrachteten Zeitraum um durchschnittlich knapp 5, der der ab 80jährigen um durchschnittlich 1,7 Prozentpunkte steigen, jeweils gemessen an der landesweiten Gesamtbevölkerung. In Gebietskörperschaften mit unterdurchschnittlichen Steigerungsraten, insbesondere der ab 80jährigen, durchweg in den kreisfreien Städten, sind entsprechend unterdurchschnittliche Anstiege der Demenzprävalenz und der Pflegequote zu erwarten. In vielen Landkreisen ist genau das Gegenteil der Fall.

Die Veränderungen in der absoluten Einwohnerzahl und die relativen Zuwächse bzw. Rückgänge, die ja nach Gebietskörperschaften vergleichsweise stark variieren korrespondieren mit den zuvor genannten Befunden. In den kreisfreien Städten, für die bis 2030 Zuwachsraten zwischen 2 und 5% prognostiziert werden – bei einem Landesdurchschnitt von 0,7% - lassen sich deutlich unterdurchschnittliche Anstiege der Pflegequoten in diesem Zeitraum berechnen. Für Landkreise mit konstanter, vor allem aber für solche mit (stark) rückläufiger Bevölkerungszahl werden eher überdurchschnittliche Anstiege in der Pflegequote prognostiziert.

1.2 Pflegesettings und Versorgungspräferenzen

Frage 1.2 der Enquete-Kommission

Wie verteilt sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen auf die Bereiche der häuslichen Pflege, der Pflege in gemeinschaftlichen Wohnformen sowie der Pflege in voll- und teilstationären Einrichtungen in Baden-Württemberg seit 1995 und mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?

Differenziert nach:

- privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern
- städtische und ländliche Regionen

Wie sind die Versorgungspräferenzen nach Gemeindetypen und Settings zu prognostizieren?

In der Logik, die in 1.1 beschrieben wurde, soll eine Beschreibung der Verteilung der Pflegebedürftigkeit auf die Bereiche der Angehörigenpflege, ambulanten und stationären Pflege gegeben werden. Auf Grundlage der Daten des Statistischen Landesamtes Baden Württemberg findet die Deskription der Verteilung der einzelnen Pflegeformen seit 2001 bis 2013 statt. Prognostische Aussagen werden basierend auf den Erhebungen der Bertelsmanns Stiftung getroffen. Wie bereits einführend dargelegt, sind weiterführende Prognosen wenig zuverlässig und zielführend.

32 Bei Betrachtung der Endpunkte von 2001 und 2013 sind für das gesamte Bundesland Baden-Württemberg keine markanten Unterschiede bezüglich der Verteilung der Pflegeformen sichtbar. Im Jahr 2001 ist für den Bereich der häuslichen Pflege (ambulant und Angehörigenpflege) ein Wert von 68,2% (ambulante Pflege:20,7%; Pflegegeldempfänger:47,5%) und für die stationäre Pflege 31,8% zu verzeichnen. Für das Jahr 2013 verzeichnete die häusliche Pflege einen Anteil von 69,6% (ambulante Pflege: 21,2%; Pflegegeldempfänger: 48,4%) und demzufolge entfielen 30,4% der Pflegebedürftigen der stationären Pflege. Somit kann für das Land Baden-Württemberg eine Konstanz bezüglich der Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Bereiche der häuslichen und stationären Pflege festgestellt werden, da im Zeitraum von 12 Jahren lediglich eine Verschiebung der Anteile um 1,2 Prozentpunkte beobachtet werden kann.

Jedoch lohnt eine genauere Betrachtung der Verteilungsentwicklung auf die Intervalle von zwei Jahren. Denn hierbei sind zwei grundsätzliche Tendenzen augenfällig. Bis zum Jahr 2007 ist eine ständige Zunahme des Anteils von stationär gepflegten Personen nachweisbar. Denn im Jahr 2001 betrug dieser 31,8% und 2007 den Höchststand von 35,4% (Abbildung 2).

VERTEILUNG DER PFLEGEFORMEN 2001 BIS 2013 BADEN-WÜRTTEMBERG GESAMT

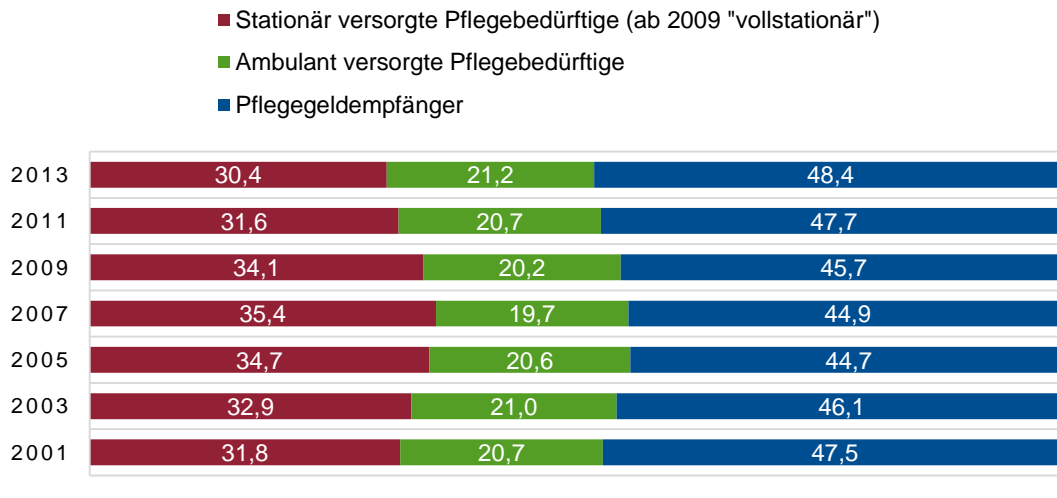


Abb. 4: Verteilung der Pflegeformen in Baden-Württemberg 2001-2013 – eigene Berechnungen

Im Zuge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes kam es danach zu einer Stärkung der häuslichen Pflege und insbesondere zu einer Zunahme des Anteils der Pflegegeldempfänger von 44,9% im Jahr 2007 auf 48,4% im Jahr 2013. Ebenfalls kann ein leichter Anstieg um 1,5 Prozentpunkte der ambulant gepflegten Menschen beobachtet werden (2007:19,7%; 2013:21,2%).

Diese Trends sind über alle Gebietskörperschaften hinweg als konstant zu beurteilen. Im folgenden Abschnitt soll jedoch eine differenzierte Betrachtung der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit hinsichtlich der Verteilung auf die Bereiche der ambulanten, stationären und Angehörigenpflege stattfinden. Zu diesem Zweck wählen wir beispielhaft zwei Gebietskörperschaften aus, die sich hinsichtlich der zu erwartenden Pflegequote stark unterscheiden. Dieses Vorgehen wird gewählt, um die möglichst unterschiedlichen demographischen Merkmale zwischen Land- und Stadtkreisen darzustellen. Für den Regierungsbezirk Stuttgart werden auf Basis des unterschiedlich zu erwartenden Pflegebedarfs die Stadt Stuttgart mit dem niedrigsten Pflegezuwachs (Anstieg der Pflegequote um 0,3 Punkte) und der Landkreis Heilbronn mit dem höchsten zu erwartenden Zuwachs der Pflegebedürftigkeit ausgewählt (Zuwachs Pflegequote: 1,05; Tabelle 4).

Augenfällig ist, dass das Ausmaß der stationären Versorgung in Stuttgart als überdurchschnittlich im Vergleich zum gesamten Land Baden-Württemberg zu bewerten ist. In Stuttgart befanden sich im Jahr 2013 insgesamt 36,7% der Pflegedürftigen in stationärer Versorgung. Der Landesschnitt der stationär gepflegten Personen im selben Jahr betrug lediglich 30,4% (siehe Abbildung 2). Dementsprechend ist ein deutlich geringerer Anteil von den Empfängern von Geldleistungen im Jahr 2013 (Stuttgart: 41,8% vs. Baden-Württemberg: 48,4%) festzustellen. Weniger bedeutende Unterschiede sind für den Anteil im ambulanten Bereich gepflegter Personen beobachtbar. Diese Erkenntnisse sind in der Entwicklung von 2001 bis 2013 konstant.

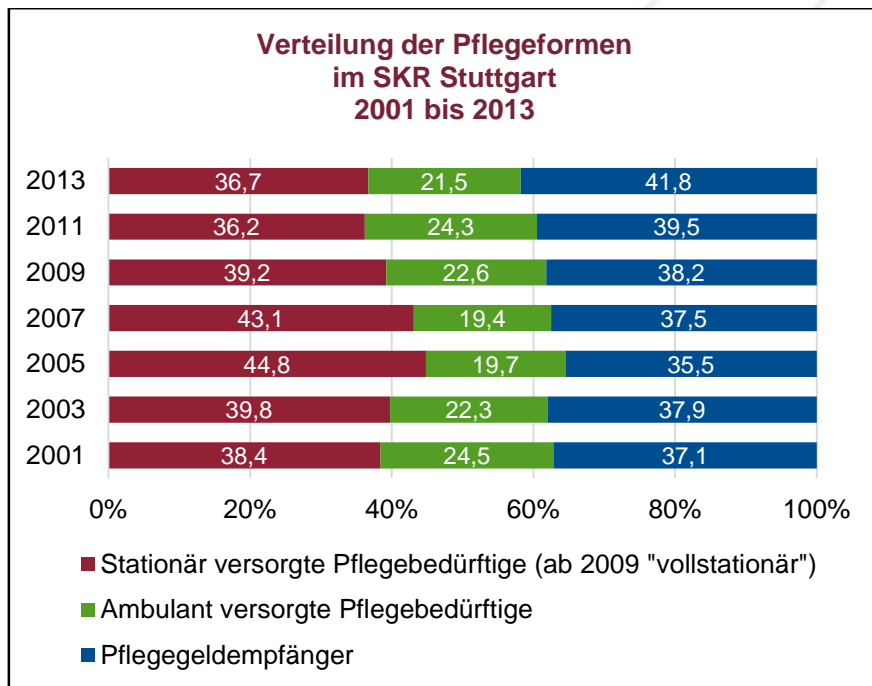


Abb. 5: Verteilung der Pflegeformen im SKR Stuttgart 2001-2013 – eigene Berechnungen

Im Gegensatz zum SKR Stuttgart ist im Landkreis Heilbronn der Anteil stationär versorgter Personen über die Jahre 2001 bis 2013 wesentlich geringer (2001: 35,5%; 2013: 29,5%). Demzufolge ist der Anteil der Personen mit Pflegegeldleistungen höher (2001: 45,5%; 2013: 48,4%) als für andere Landkreise des Regierungsbezirks Stuttgarts, wie zum Beispiel Böblingen, Göppingen, Schwäbisch Hall.

34 Mit Darstellung der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit nach Versorgungsformen im LKR Zollernalbkreises sollen die Differenzen zwischen Stadt- und Landkreisen verdeutlicht werden.

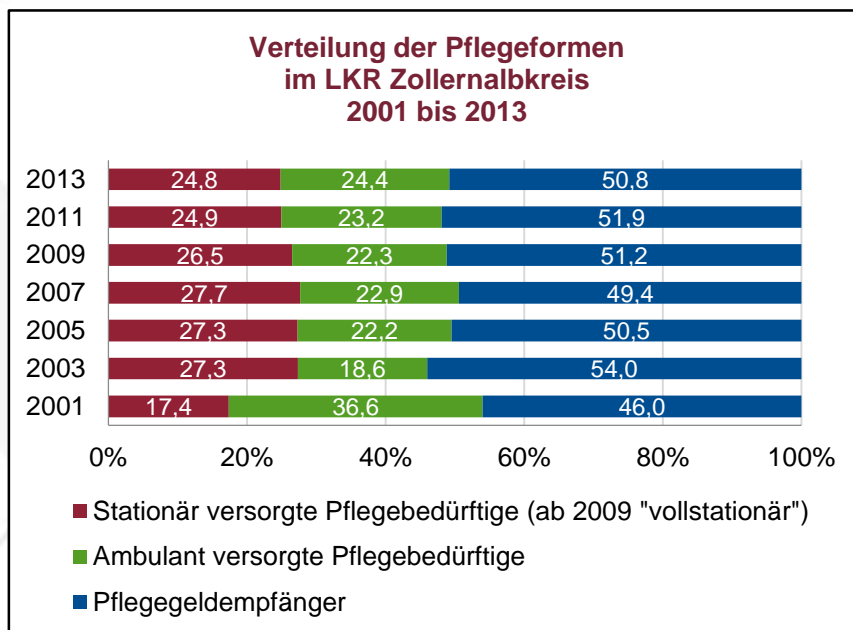
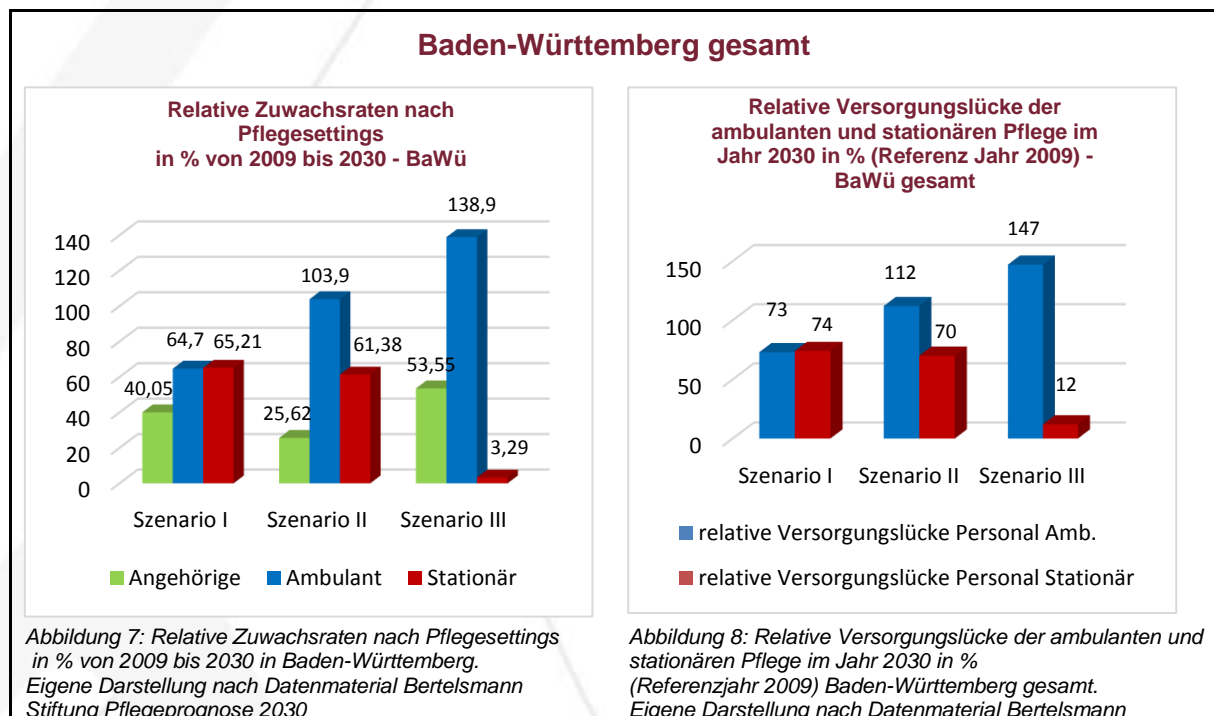


Abb. 6: Verteilung der Pflegeformen im LKR Zollernalbkreis 2001-2013 – eigene Berechnungen

Die Grafiken in der Logik der Abbildungen 2-4 finden sich für alle Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs im Anhang dieses Gutachtens. Dabei zeigen sich klar regionale Unterschiede. Die abhängig sind von strukturellen Gegebenheiten und regionalen Entwicklungen.

Die relativen Zuwachsraten nach Pflegeformen, auf der Datenbasis der Bertelsmann Stiftung, weisen klar auf die weichenstellende Bedeutung hin, die mit diesen Szenarien verbunden ist. Es zeigt sich ganz deutlich, dass damit auch die Aufforderung verknüpft ist, Sozialpolitik, ganz speziell Pflegepolitik danach auszurichten. Ein „weiter wie bisher“, im Sinne des Szenarios I, lässt parallel verlaufende gesellschaftliche und soziale Entwicklungen unberücksichtigt. Deshalb kann daraus keine solide Basis für eine tragfähige und auf die Zukunft gerichtete Infrastrukturplanung im Pflegebereich entstehen.

Vieles spricht auf den ersten Blick dafür, angesichts der gesellschaftlichen Veränderungen (Zunahme von Singlehaushalten, brüchiger werdende familiäre Ressourcen), für eine Orientierung am Szenario II zu plädieren. Allerdings muss dann die Frage gestellt werden, woher die Pflegekräfte kommen werden, die den notwendigen Zuwachs im stationären Bereich von 70% mehr Fachpersonal abdecken können (vgl. dazu auch 2.3). Szenario II bedeutet auch deutlich mehr Personal im ambulanten Setting. Doch lässt die Variationsbreite für einen Personalmix dort deutlich mehr Spielraum.



Es gibt vor diesem Hintergrund viele Argument für eine pflegepolitische Ausrichtung am Szenario III. Baden-Württemberg hat mit dem Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz dafür erste Weichen gestellt. Die politische Entscheidung für ein Leitbild, das sich am Szenario III orientiert - das laut Gesetz und im Sinne pflegebedürftiger Menschen das „Wunsch-Szenario“ ist – muss aber auch die infrastrukturellen Bedingungen schaffen und muss Vorgaben in Bezug auf Förderrichtlinien und Verwaltungsvorschriften erlassen, die dieses

Szenario möglich machen. Das bedeutet eine klare Absage an Neubauten für stationäre Einrichtungen – soweit das Land darauf Einfluss hat. Es bedarf aber auch der konsequenten Förderung pflegender Familien und nachbarschaftlicher Netzwerke, einer besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und der klaren Priorisierung sozialraumorientierter und quartiersbezogener Ansätze und Angebote, die offen sind für bürgerschaftliche Beteiligung. Wenn die politische Wahl auf Szenario III fällt, müssen auch die dafür notwendigen Die Weichen gestellt und die Förderpolitik danach ausgerichtet werden.



Der Unterschied zwischen Stadt und Land zeigt sich auch bei der Wahl der Pflegeformen. Die stationäre Pflegequote ist in den Stadtkreisen deutlich höher.

Infrastrukturelle Bedingungen in der Pflege in Baden-Württemberg

Die Daten des Medizinischen Diensts (MDK) Baden-Württemberg geben auch Auskunft über die Anzahl der Pflegeeinrichtungen im Land und welche Platzkapazitäten sie aufweisen. Allerdings sind diese Daten nur nach Landkreisen segmentiert – sie erlauben keine Rückschlüsse auf die Art der Trägerschaft. Im Anhang sind die entsprechenden Listen mit den jeweiligen Zahlen, gegliedert nach Landkreisen, zu finden.

- **Einrichtungen der stationären Pflege**

In Baden-Württemberg gibt es insgesamt 1.539 Pflegeheime mit einer Gesamtplatzzahl von 102.020. Dies umfasst alle stationären Pflegeeinrichtungen, die der Heimaufsicht unterstehen.

- **Ambulante Pflegeeinrichtungen**

Insgesamt werden beim MDK Baden-Württemberg 1.311 ambulante Pflegedienste geführt, wobei sich alleine 103 davon in Stuttgart befinden.

- **Tagespflege**

Tagespflegeeinrichtungen gibt es insgesamt 609, mit einer Kapazität von 6.460 Plätzen.

- **Kurzzeitpflege**

Kurzzeitpflege wird in 69 Einrichtungen in Baden-Württemberg angeboten, mit einer Gesamtplatzzahl von 262.

1.3 Pflegebedürftige Menschen mit besonderen Bedarfen

Frage 1.3 der Enquete-Kommission

Wie hat sich die Zahl hochbetagter, chronisch kranker, multimorbider, dementer, psychisch kranker und behinderter Pflegebedürftiger in Baden-Württemberg jeweils seit 1995 entwickelt und mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?

Differenziert nach:

- Frauen- und Männeranteil

Jeweils unter Berücksichtigung der Regionalität

Leider gibt es keine repräsentativen Studien mit Stichproben bzw. flächendeckenden Erfassungen von Grundgesamtheiten bzgl. des Krankheitsspektrums pflegebedürftiger Menschen (und möglicherweise sogar seiner zeitlichen Entwicklung) in Deutschland bzw. Baden-Württemberg. Uns liegen jedoch Daten zu allen erstbegutachteten Antragsstellern für Leistungen des SGB XI aus dem Jahren 2010 und 2014 vor, aus denen näherungsweise relevante Krankheitsgruppen (nach ICD-10), und möglicherweise auch Veränderungen im genannten Zeitraum, abgeleitet werden können.

Prävalenz der Demenz und Prognose der Entwicklung bis 2030

Die Demenzerkrankung ist sicherlich die wichtigste (psychiatrische) Einzeldiagnose, die mit Pflegebedürftigkeit in großem Ausmaß assoziiert ist. Ab einem mittelschweren Grad der Demenz ist fast ausnahmslos davon auszugehen, dass eine betroffene Person pflegebedürftig ist, auch wenn es große interindividuelle Unterschiede gibt. Nachdem in der ersten Phase des Pflegeversicherungsgesetzes Menschen mit Demenz oft nicht als pflegebedürftig eingestuft wurden, vor allem, wenn nicht zusätzlich schwerere körperliche Erkrankungen und Behinderungen vorlagen, hat sich das seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008) und in noch größerem Maße mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (2012), aktuell auch mit dem Pflegestärkungsgesetz I (ab 2015) graduell verändert. Mit der Entwicklung eines neuen Assessmentverfahrens bei der Einstufung zur Pflegebedürftigkeit (zu erwarten mit dem Pflegestärkungsgesetz II noch in dieser Legislaturperiode) ist zu hoffen, dass die systematische Geringer- oder Nichteinstufung bzw. Nichtberücksichtigung von Menschen im Rahmen des SGB XI weiter abgebaut wird.

Für Modellberechnungen zur absoluten und relativen Häufigkeit von Demenz (mit und ohne zusätzliche somatischen Erkrankungen), aktuell sowie prognostisch, müssen altersgruppen- und geschlechtsspezifische Prävalenzraten, gewonnen aus epidemiologischen Feldstudien, hinzugezogen werden. In der Regel werden Raten aus sog. Metaanalysen eingesetzt, die aus Studien in Deutschland sowie europäischen und nichteuropäischen Ländern gewonnen

und zusammengeführt wurden (vgl. Weyerer, Bickel, 2005, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28). Allerdings ist die Demenzerkrankung kein europa- oder gar weltweit einheitliches Geschehen mit überall gleichen Inzidenz- und Prävalenzraten. Auch über die Frage, ob das Risiko zu erkranken eher konstant, eher ansteigend oder gar fallend ist, gibt es unterschiedliche Auffassungen. Es mehren sich aber Befunde, die dafür sprechen, dass die Häufigkeit der Erkrankung, und möglicherweise auch die Inzidenzraten, bisher eher etwas überschätzt wurden (Werner 1996: 65-69, Ziegler/Doberhammer 2009, Ruchalla 2014).

Weitgehend bestätigt wurde jedoch seit der ersten bekanntgewordenen Metanalyse zur Frage nach der Altersabhängigkeit der Erkrankungsrisikos (Jorm, Korten, Henderson, 1987: 471f) immer wieder, dass sich die Häufigkeit der Entwicklung von Demenzen ab der Altersgruppe der 60 bzw. 65jährigen in jeweils um 5 Jahre höher liegenden Altersgruppen verdoppeln, jenseits des 90. Lebensjahrs steigt das Risiko nicht mehr in dem Ausmaß. Es handelt sich also um einen kurvilinearen (quadratische Funktion) und nicht um einen linearen Anstieg des Erkrankungsrisikos mit zunehmendem Alter ab 60 bzw. 65 Jahren.

Für die Ermittlung der absoluten Häufigkeit von Demenzerkrankungen werden im vorliegenden Gutachten die derzeit aktuellen altersgruppen- und geschlechtsspezifischen Prävalenzraten von EuroCoDe (2009, Alzheimer Europe, Luxemburg, einer europäischen Kooperation zur Erforschung der Demenz) zugrunde gelegt, die auch von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft übernommen wurden - trotz der oben angeführten Kritik und den etwas niedrigeren Prävalenzraten, die von Ziegler und Doblhammer (2009) für Deutschland im Jahr 2002 ermittelt worden sind. Man kann jedoch davon ausgehen, dass die von der Alzheimer-Gesellschaft angewandten Raten der EuroCoDe eher etwas zu hohe Schätzwerte bezüglich der Häufigkeit von Demenz in Deutschland, und damit auch für Baden-Württemberg ergeben.

Geschätzte Anzahl von Menschen mit Demenz in Baden-Württemberg 1995, 2010 und 2015 sowie eine Prognose für 2030

Wendet man die Prävalenzraten aus folgenden Tabelle auf die Altenbevölkerung (65 Jahre und älter) des Landes Baden-Württemberg im Jahr 1995 an, lässt sich eine Zahl von ca. 132.000 Demenzkranken errechnen. Die gleiche Berechnung für das Jahr 2010 kommt schon zu einem Ergebnis von knapp 180.000 Betroffenen dieser Altersgruppe. Für das Jahr 2015, beruhend auf der aktuellen Bevölkerungsvorausrechnung, lässt sich schon eine Zahl von 200.000 Demenzkranken ermitteln.

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate nach EuroCoDe (%)			Geschätzte Krankenzahl in Deutschland Ende des Jahres 2010		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
65-69	1,8	1,4	1,6	38.000	32.000	70.000
70-74	3,2	3,7	3,5	73.000	97.500	170.500
75-79	7,0	7,7	7,4	98.000	141.500	239.500
80-84	14,5	16,4	15,7	129.000	240.500	369.500
85-89	20,9	28,5	26,4	78.500	279.000	357.500
90 und älter	29,6	45,1	41,1	45.500	198.500	244.000
65 und älter	6,4	10,3	8,6	482.000	989.000	1.451.000

Tabelle 5: Alters- und geschlechtsspezifische Demenz-Prävalenzraten der EuroCoDe (2009) und Hochrechnung auf eine geschätzte Krankenzahl in Deutschland

Quelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2012), S. 1

Unter Anwendung der Prävalenzraten nach Altersgruppen und Geschlecht aus Tabelle 5 auf die Bevölkerung Baden-Württembergs (Land, RBs und Gebietskörperschaften) und gemäß der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung erhält man für den Zeitraum von 2015 bis 2030 folgende Prognose:

Auf der Landesebene wird die Zahl Demenzkranker um ca. 61.000 ansteigen, von knapp 200.000 (2015) auf knapp 260.000 (2030). Dies ist ein prognostischer Zuwachs von ca. 31%. Der Anstieg wird Männer im größeren Ausmaß (knapp 37%) betreffen als Frauen (knapp 27%), auch wenn unter Frauen nach wie vor - absolut gesehen - wesentlich mehr Betroffene zu finden sind (2015: knapp 131.000, 2030: knapp 167.000) als unter Männern (2015: knapp 68.000, 2030: 92.500). Der prognostizierte stärkere Zuwachs unter Männern erklärt sich durch ihre in den letzten Jahren vergleichsweise deutlich gestiegene Lebenserwartung, die sich nach der Prognose des statistischen Landesamtes auch noch weiter fortsetzen wird (vgl. Ausführungen 1.1 zur demografischen Entwicklung). Der stärkere Anstieg der absoluten Zahlen von Männern mit Demenz und entsprechend stärkere prozentuale Steigerungen zwischen 2015 und 2030 finden sich in allen vier Regierungsbezirken und fast in allen Landkreisen und kreisfreien Städte.

Auf der Ebene der Regierungsbezirke finden sich nur ganz geringe Abweichungen der Steigerungsraten für die Zahl von Menschen mit Demenz insgesamt vom Landesdurchschnitt (31%). Deren Spannweite liegt in einem Korridor zwischen 29 und 32%.

Die Heterogenität der Entwicklung zeigt sich erst dann, wenn wir auf die Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte gehen. Der Korridor der Steigerungsraten liegt hier zwischen 9,2% (!, kreisfreie Stadt Baden-Baden) und 42,8% (Landkreis Heilbronn). Das liegt an der starken Heterogenität der Altersstruktur, insbesondere bzgl. des Anteils Hochaltriger an der (Alten-)Bevölkerung und dem potenzierenden Effekt der Prävalenzraten, die sich in jeder um 5 Jahre höheren Altersgruppe verdoppeln. So ist auch zu erklären, dass sich das schon in 1.1 beschriebene Muster in vielen Fällen auch in Bezug auf die prozentuale Steigerung der Anzahl von Menschen mit Demenz wiederholt.

Die kreisfreien Städte Stuttgart (15,2%), Heilbronn (24,3%), Karlsruhe (18,4%), Mannheim (21,2), Pforzheim (20,3) und Ulm (21,2) weisen deutlich unterdurchschnittliche Steigerungsraten auf. Heidelberg – als Ausnahme unter den kreisfreien Städten - gehört

jedoch nicht dazu und liegt mit einem Wachstum um ca. 29% von 2015 bis 2030 in der Nähe des Landesdurchschnitts. Deutlich überdurchschnittliche prozentuale Anstiege gibt es aber wiederum bei den Landkreisen, insbesondere auch unter denen mit einer besonders ländlichen Bevölkerungs-/Siedlungsstruktur, durchaus aber auch in Landkreisen, die an kreisfreien Städten angrenzen bzw. diese umgeben. Zu den erstgenannten gehören Böblingen (37%), Schwäbisch-Hall (35,9%), Emmendingen (38,5%), Tübingen (41%), der Alb-Donau-Kreis (35,2%), der Bodenseekreis (36,9%) und der Landkreis Ravensburg (36,7%). Zu den zweitgenannten Landkreisen zählen die Landkreise Ludwigsburg (37,5%), Heilbronn (42,8%), Karlsruhe (38,1%) und der Rhein-Neckar-Kreis (37,0%).

Es finden sich jedoch auch einige wenige Landkreise mit stark ausgeprägter ländlicher Bevölkerungs- und Siedlungsstruktur und weiter entfernt von kreisfreien Städten bzw. städtischen Oberzentren gelegen, die dennoch eine eher unterdurchschnittliche Steigerungsrate hinsichtlich der Anzahl von Menschen mit Demenz zu erwarten haben. Dazu zählen der Main-Tauber-Kreis (26%), der Landkreis Heidenheim (19,8%) und der Schwarzwald-Baar-Kreis (22,5%).

Es liegt auf der Hand, dass die prognostizierte Entwicklung bei Menschen mit Demenz und im engen Zusammenhang mit der Entwicklung der entsprechenden Werte für die Pflegebedürftigkeit stehen, und zwar auf der Ebene des Landes, der Regierungsbezirke und der Gebietskörperschaften. Die gilt insbesondere im Vergleich der Demenzprognose und unserer Pflegeprognose.

Schon für 2015 wie auch für 2030 kann davon ausgegangen werden, dass einen Anteil von etwa zwei Dritteln der Menschen mit Demenz auch in der Pflegestatistik erscheint - als Leistungsberechtigte nach SGB XI. Für die Vergangenheit, insbesondere in der Zeit vor dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008) und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (2012) kann vermutet werden, dass der Anteil von Menschen mit Demenz an den leistungsberechtigten Pflegebedürftigen geringer war, als es dem tatsächlichen Bedarf entsprach. Das hat sich seit den genannten Gesetzesänderungen mit Leistungsverbesserungen für diese Gruppe Pflegebedürftiger jedoch tendenziell geändert, und mit weiteren Gesetzesänderungen bzw. Leistungserweiterungen im SGB XI (Pflegestärkungsgesetz I 2015, neues Assessmentverfahren im Rahmen des kommenden Pflege-Stärkungsgesetz II 2016/17) ist damit zu rechnen, dass sich der Anteil von Menschen mit Demenz an den (leistungsberechtigten) Pflegebedürftigen dem jetzt geschätzten 2-Drittel-Wert nähert.

Eine andere spezielle Gruppe sind alt schwer und mehrfachbehinderte Menschen, die durch den medizinischen Fortschritt und eine verbesserte Pflege, Betreuung und Förderung inzwischen auch eine deutlich gestiegene Lebenserwartung haben. Ihre Unterstützung und Versorgung stellt eine neue Herausforderung für die Pflege dar. Dabei gilt es nicht eine Altenhilfe für behinderte Menschen zu schaffen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass behinderte Menschen und damit auch ältere behinderte Menschen die gleichen Grundbedürfnisse nach

- Wahrung der eigenen Identität,
- relativer Selbständigkeit,

- der Möglichkeit einer sinnvollen Beschäftigung,
- Teilnahme am sozialen Leben in der Gemeinschaft

haben wie nicht behinderte Menschen. Entscheidend ist, ob und wie der behinderte Mensch in seinem Lebensraum eingegliedert ist und damit auch in zunehmendem Alter sein Leben gestalten kann. Dementsprechend ist die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen die vorrangige Art der Hilfe gegenüber der Pflege auch für alte behinderte Menschen. Eingliederungshilfe kennt keine Altersgrenze. Zusammen mit der Sicherung der Mobilität ist sie eine Grundvoraussetzung für die Verwirklichung des Teilhabeanspruchs. Beides darf aus Altersgründen nicht eingeschränkt werden.

Schwer- und mehrfachbehinderte Menschen sind, ebenso wie psychisch kranke alte Menschen bislang wenig im Blick, wenn um die Zukunft der Pflege geht. Sie verbergen sich zahlenmäßig in den Statistiken der Behindertenhilfe und der Psychiatrie. Als kontinuierlich wachsende Gruppe müssen sie in ihren besonderen Bedarfen aber künftig stärker beachtet werden, denn auch Pflege wird bunter und vielfältiger



Pflegebedürftige Menschen mit besonderen Bedarfen müssen bei künftigen Planungen stärker im Blick sein. Das gilt für alt gewordene schwer und mehrfachbehinderte und für psychisch kranke Menschen ebenso, wie für Menschen mit Demenz.

1.4 Pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund

Frage 1.4 der Enquete-Kommission

Wie hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund seit 1995 entwickelt und mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?

Differenziert nach:

- Alter
- Geschlecht
- Kultur

Jeweils unter Berücksichtigung der Regionalität

In Baden-Württemberg lebten im Jahr 2012 knapp 2,9 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, darunter 1,3 Millionen Ausländer und knapp 1,6 Millionen mit deutscher Staatsangehörigkeit (insbesondere ehemalige Spätaussiedler und eingebürgerte Ausländer). Beide Gruppen nehmen seit längerer Zeit zahlenmäßig deutlich zu, wobei die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund und deutscher Staatsangehörigkeit insgesamt stärker ansteigt, als die ausländische Bevölkerung (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2015). Diese Zahlen beruhen allerdings noch auf der Bevölkerungsfortschreibung vor dem letzten Zensus 2011. Vermutlich ist deshalb die Anzahl ausländischer Bürger(innen) etwas überschätzt.

Baden-Württemberg ist nach Angaben des statistischen Jahrbuchs Deutschland 2012 (Statistisches Bundesamt 2012: 40) das Flächenland mit dem höchsten Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund (2010: 26,2%), nur die Stadtstaaten Hamburg und Bremen hatten 2010 mit 27,8 bzw. 27,4% einen höheren Anteil. Deutschlandweit betrug er in diesem Jahr 19,2% (ebd.). Dieser vergleichsweise hohe und auch in Zukunft weiter steigende Anteil dieser Bevölkerungsgruppe gibt zusätzlich Anlass, gesundheitliche bzw. krankheitsbezogene Aspekte und das damit verbundene Risiko der Pflegebedürftigkeit in Rahmen dieses Gutachtens und der Pflegeenquete zu diskutieren.

Über den Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland gibt es bisher – bei vergleichsweise unzureichender Datenlage und wenigen Studien zur Morbidität und Mortalität – recht heterogene Befunde. So sprechen einerseits Zusammenhänge zwischen sozioökonomischer Lage und Gesundheit/ Krankheit für einen insgesamt schlechteren Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund, auch weil sie häufiger sozial benachteiligten Gruppen angehören und häufiger Berufsbiografien in Deutschland aufweisen, die mit eher schlechteren Arbeitsbedingungen und Einkommen einhergehen als bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Andererseits werden auch Selektionsprozesse diskutiert - zumindest bei den Menschen mit Migrationshintergrund, die selbst noch die Migrationserfahrung aufweisen - die insgesamt zu einem eher besseren Gesundheitszustand als deutsche Vergleichsgruppen ohne Migrationserfahrung beitragen (Healthy-Migrant-Hypothese, vgl. Kohls 2011). Die heterogene Befundlage und deren theoretische Aufarbeitung zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrations-

hintergrund in Deutschland können hier aber nicht im Detail dargestellt werden. Insgesamt dürfte sich die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund, auch der sogenannten Erstgeneration, der der Menschen ohne Migrationshintergrund annähern, je länger sie in Deutschland leben, beziehungsweise schon gelebt haben. Für Menschen mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren sind (also die so genannte zweite oder auch dritte Generation) gilt das erst recht (siehe Zusp. Kohls 2012: 21-33).

Dass derzeit Menschen mit Migrationshintergrund unter den nach SGB XI anerkannten Pflegebedürftigen unterrepräsentiert sind, dürfte kaum plausibel mit einem besseren durchschnittlichen Gesundheitsstatus dieser Bevölkerungsgruppe zu erklären sein. Vielmehr gibt es Hinweise auf ein viel sondern mehr oder weniger ausschließlich mit ihrem geringeren Anteil in der älteren und anderes Inanspruchnahme-Verhalten. So lag der Anteil von älteren und alten Menschen Migrant(inn)en im Jahr 2009 in Baden-Württemberg mit 12% deutlich unter dem Durchschnitt der Landesbevölkerung (23%, MASFFS BW 2014: 11f). Das ist sicherlich der Hauptgrund für die Unterrepräsentation von Menschen mit Migrationshintergrund unter nach SGB XI anerkannten Pflegebedürftigen. Einer Studie zufolge, die im Jahr 2011 vom Sozialministerium Baden-Württemberg in Auftrag gegeben wurde, (VäMP, ebd.: 12f) und die die Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege beleuchtete, hatten diese nur einen Anteil von 11% an allen Einrichtungen und Diensten für Pflegebedürftige. Eine etwa zeitgleich durchgeführte Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ermittelte deutschlandweit einen Anteil von etwa 7% Menschen mit Migrationshintergrund unter Pflegebedürftigen in der ambulanten, und einen von 9% in der stationären Pflege (Kohls 2012: 62). Der höhere Anteil von insgesamt 11% Menschen mit Migrationshintergrund unter ambulant und stationär versorgten Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg korrespondiert gut mit dem deutlich überdurchschnittlichen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund im Land. Ob sich dahinter auch ein höherer Anteil älterer bzw. hochaltriger Menschen verbirgt, kann aufgrund mangelnder Daten nicht genauer spezifiziert werden.

Eine Konkretisierung der Zahlen und Anteile pflegebedürftiger Migrant(inn)en Baden-Württembergs nach Alter und Geschlecht, oder gar nach Herkunftsland, Ethnie, Konfessions-/Religionszugehörigkeit und kulturellem Hintergrund ist ebenfalls aufgrund mangelnder Datenlage nicht möglich. Hier bestehen klar eine Datenlücke und ein entsprechendes Forschungsdesiderat. Aufgrund der Einwanderungsstatistik kann eine Reihenfolge der Relevanz unterschiedlicher Gruppen von Migrant(inn)en nach Herkunftsland ermittelt werden. Ganz vorn stehen neben der großen Gruppe der alt gewordenen Spätaussiedler(inne)n aus den Ländern des ehemaligen Ostblocks, vor allem die Ausländer(innen) bzw. Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei sowie aus südost- und südeuropäischen Ländern (MASFFS BW 2014: 11f). Insofern spielen auch Muslime unter den pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund eine wachsende Rolle.

Über die regionale Verteilung von Menschen mit Migrationshintergrund, und auch der Pflegebedürftigen unter ihnen, liegen keine genauen Daten vor. Es kann aber plausibel vermutet werden, dass in den kreisfreien Städten, Verdichtungsräumen und städtischen

Oberzentren (Kreisstädten) Anzahl und Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere der ausländischen Bevölkerung (ohne deutsche Staatsangehörigkeit), deutlich höher liegen als in den Landkreisen, insbesondere denen mit stark ländlicher Bevölkerungs- und Siedlungsstruktur ist. Dafür sprechen auch die Ergebnisse aus 1.1, wonach kreisfreie Städte (Stuttgart, Mannheim, Karlsruhe, Freiburg, Heidelberg und Ulm) und tendenziell auch ihnen nahe gelegene Landkreise (LKR Karlsruhe, Rhein-Neckar-Kreis ein vergleichsweise junges Durchschnittsalter der Bevölkerung und eine Altersstruktur zugunsten jüngerer Altersgruppen aufweisen (vgl. Tabelle 0104, Statistisches Landesamt BW 2014), als Landkreise, insbesondere die in größerer Entfernung zu kreisfreien Städten und Ballungszentren. Auch für andere deutsche Großstädte außerhalb Baden-Württemberg bzw. die Stadtstaaten (Berlin, Bremen, Hamburg) werden ähnliche Verhältnisse bezüglich Menschen mit Migrationshintergrund – und auch der Pflegebedürftigen unter ihnen - diskutiert (Kohls 2012: 92)

Das ist – grob zusammengefasst - der Status quo in Baden-Württemberg, auch im Vergleich zu Deutschland insgesamt.

Eine realistische Einschätzung über die Entwicklung der Anzahl und des Anteils pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund bis 2030 oder sogar darüber hinaus, auf Landesebene wie auf Ebene der Gebietskörperschaften, ist schon aufgrund der mangelnden Datenlage zur vergangenen wie der aktuellen Situation sehr schwer. Dazu kommt die Unsicherheit, wie sich Migration in Zukunft darstellen wird - sowohl deutschlandweit, als auch in Baden-Württemberg. Die Zahl der älteren Menschen (65jährig und älter) mit Migrationshintergrund wird schon bis zum Jahr 2020 in Baden-Württemberg auf über 300.000 ansteigen (MASFFS BW 2014: 12). Diese Gruppe ist damit die am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe. Vieles spricht dafür, dass absolut und relativ die Zahlen steigen werden und sich die Anteile pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund denen der deutschen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund annähern werden. Das gilt besonders – und zuerst – für die Großstädte und Ballungsräume, mit zeitlichem Abstand dann auch für Landkreise.



Ältere Migrant(inn)en sind auch in Baden-Württemberg eine stark wachsende Bevölkerungsgruppe. Die Anteile pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund werden rasch ansteigen. Es gibt also einen wachsenden Handlungsdruck in Richtung einer interkulturellen Öffnung der Pflege.

1.5 Verweildauer in Pflegeeinrichtungen nach Diagnosen

Fragen 1.5 der Enquete-Kommission

- Wie hoch ist die durchschnittliche Verweildauer in Pflegeheimen und sonstigen Wohnformen?
- Wie hoch ist die durchschnittliche prognostische Verweildauer differenziert nach Diagnosegruppen (ICD)?

Zur Entwicklung der Verweildauer von Bewohner(inne)n in Altenpflegeheimen werden bislang in Deutschland und in Baden-Württemberg keine systematischen Daten erhoben. Der erste Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime in der BRD (BMFSFJ 2006) zitiert eine ältere Studie von Infratest (vgl. Schneekloth/ Müller 1998), wonach 1994 und 1998 die durchschnittliche Verweildauer von in Altenheimen lebenden Bewohner(inne)n 52 Monate oder 4,3 Jahre betrug (BMFSFJ 2006: 106). Die Nachfolgestudie von Infratest im Jahr 2005 (BMFSFJ 2006a: 16) ermittelte in einer bundesweiten Repräsentativerhebung eine durchschnittliche Verweildauer von nur noch 3,9 Jahren. Demzufolge finden wir auf Bundesebene zwischen 1994 und 2005 einen Trend hin zu kürzeren Verweildauern.

Für das Land Baden-Württemberg hält der Landespflegeplan 2000 Angaben zur Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg vor (Sozialministerium Baden-Württemberg 2000: 73). Demnach betrug die durchschnittliche Gesamt-Verweildauer der erfassten 3.259 Pflegeheim-bewohner(inne)n, die im Jahr 1998 verstarben, etwa 2,8 Jahre. Diese Zahl ist methodisch anders ermittelt (Verweildauer bis zum Sterbedatum) als die in den zuvor genannten Infratest-Studien, und deshalb so niedrig. Allerdings ist die so ermittelte Verweildauer ein realistischerer Wert als eine Stichtags-verweildauer, die nur die „Überlebenden“ mit einbezieht.

Die zwei Hauptindikatoren zur Ermittlung der durchschnittlichen Verweildauer in stationären Pflegeheimen sind:

- Die Stichtagsuntersuchung aller zu einem bestimmten Zeitpunkt in der stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen; Ermittlung der gesamten Wohndauer in einer stationären Einrichtung, vom Ersteinzug bis zum Stichtag und Ermittlung des Durchschnittswertes
- Die Erfassung der Wohndauer aller Verstorbenen und der in andere Wohnformen ausgezogenen Pflegeheimbewohner(inne)n innerhalb eines bestimmten Zeitraumes (z.B. ein Jahr) und Ermittlung des Durchschnittswertes

Der Autor dieses Gutachtenteils führte selbst im Jahr 2010 in einer großen Stuttgarter stationären Altenpflegeeinrichtung eine Untersuchung zu Aspekten der Mortalität, palliativen Pflege und Versorgung sowie zur Verweildauer der an einem Stichtag in der Einrichtungen wohnenden Pflegebedürftigen durch, auch im zeitlichen Verlauf.

Schon im Jahr 2004 lag die mit diesem Indikator gemessene durchschnittliche Verweildauer in der erwähnten Pflegeeinrichtung bei 2,84 Jahren, und damit deutlich unter dem o.g.

bundesweiten Wert von 3,9 Jahren. Eine weitere Stichtagserhebung im Jahr 2010 konnte eine durchschnittliche Verweildauer von 2,72 Jahren ermitteln. Der Trend zu kürzeren Verweildauern in stationären Altenpflegeheimen - der in der Literatur immer wieder angesprochen, jedoch selten belegt wird - bedingt durch die Zunahme des Heimeintrittsalters und durch zunehmende Multimorbidität und ein entsprechend zunehmendes Sterberisiko der Personen, die in ein Altenpflegeheim übersiedeln, bestätigte sich also auch in dieser Einrichtung, allerdings mit Schwankungen in den Jahren zwischen 2004 und 2010, oberhalb und unterhalb der beiden oben genannten Werte.

Letztlich ist aber der hier diskutierte Indikator, der ja wegen seiner Stichtags-Bezogenheit gerade die Verstorbenen und auch Bewohner(innen) mit anderen Entlassungsarten nicht berücksichtigt, nur ein indirektes Maß für Veränderungen durch zunehmende Fluktuationen in stationären Pflegeeinrichtungen. Ein ansteigendes Eintrittsalter ins Heim, verbunden mit einer größeren Krankheitsschwere und höheren Pflegestufen der Bewohner(innen), führen auf Dauer zu einer Reduktion dieses Indikators, der allerdings schwanken und theoretisch auch konstant bleiben kann, wenn ein größerer Anteil von Plätzen mit lange verweilenden Bewohner(inne)n besetzt bleibt und ein kleinerer Anteil der Plätze von einer hohen Zahl von Aufnahmen und Entlassungen (Sterbefällen) betroffen ist.

Diese Befunde, gewonnen an einer einzelnen baden-württembergischen stationären Pflegeeinrichtung, führen zu der Überlegung, welchen Einfluss die sich fortlaufend verändernde Bewohnerstruktur - auch schon bei Einzug - nach Alter, Erkrankungs-arten, Multimorbidität, Sterberisiko u.a. Merkmalen auf die Verweildauer in den Einrichtungen haben, vermittelt über eine steigende Zahl der Todesfälle in stationären Altenpflegeeinrichtungen und deren Anteil an allen Todesfällen in einem definierten Zeitraum und in einer jeweils festgelegten Region.

Zu Anzahl und Anteil von Sterbefällen in der stationären Altenpflege liegen keine systematischen bundesweiten Daten vor. Eine aufwendige Recherche für das Land Rheinland-Pfalz im Jahr 1995 (Ochsmann et al. 1997) ergab eine Verteilung der Sterbeorte, hochgerechnet auf das gesamte Bundesland, von 44 % im Krankenhaus, knapp 37% in der eigenen oder auch fremden (3 %) Wohnung, knapp 13 % in einer Einrichtung der stationären Altenpflege und ca. 3 % an sonstigen bzw. unbekanntem Orten (Ochsmann et al. 1997: 3). Seither hat sich der Sterbeort weiter in Richtung stationäre Altenpflege verlagert.

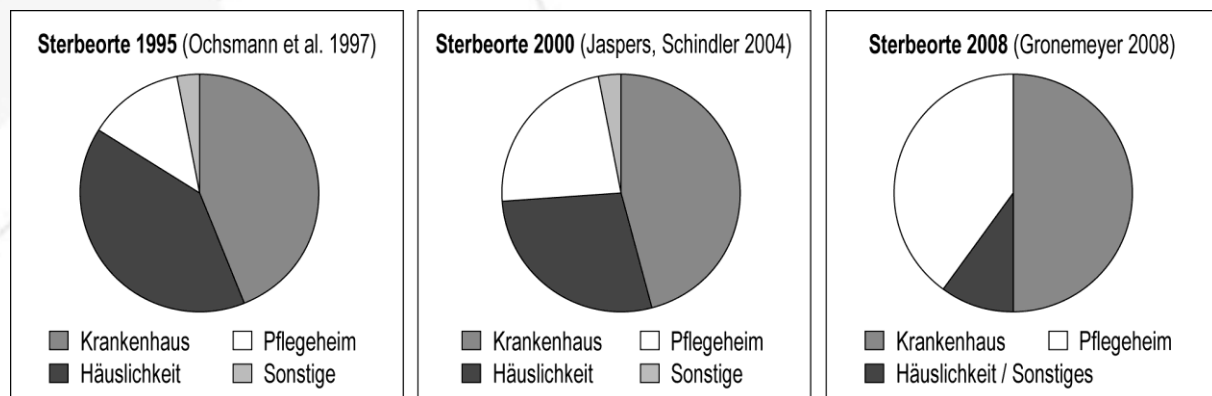


Abbildung 9: Sterbeorte in Deutschland, 1995, 2000, 2008

Quellen: Ochsmann et al. 1997: 3; Jaspers, Schindler 2004: 460; Gronemeyer 2008: 68 ff.; eigene Darstellung

Nach Angaben der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG 2005), in der ein großer Teil baden-württembergischer Einrichtungen der stationären Altenhilfe organisiert ist, ergibt der Anteil der Sterbefälle unter Heimbewohner(inne)n von 1999 bis 2004 (zwischen 29,6 und 34,8 %) auf Deutschland hochrechnen, eine Zahl von etwa 350.000 Sterbefällen unter den ca. 1 Mill. Bewohner(inne)n pro Jahr (unter Berücksichtigung einer nicht genau bezifferbaren Mehrfachbelegung der ca. 820.000 Dauerpflege-Plätze). Diese Zahl entspricht 41% der 844.000 Todesfälle im Jahr 2008 in Deutschland (vgl. Statistisches Bundesamt 2010, Statistisches Jahrbuch), und bestätigt Gronemeyer (2008).

Hochgerechnet auf die gut 11.600 Altenpflegeheime in Deutschland im Jahr 2009 (Statistisches Bundesamt 2013) hätten sich pro Altenpflegeheim etwa 30 Todesfälle im Jahr ereignet. Jede(r) dritte Bewohner(in) starb innerhalb eines Jahres, jeder Wohnbereich eines Altenpflegeheimes mit einer Zahl von etwa 30 Plätzen hatte mindestens einen Todesfall im Monat.

Wir müssen also konstatieren, dass das Altenpflegeheim innerhalb einer recht kurzen Epoche von 15 bis 20 Jahren zu einer Institution geworden ist, die nicht nur die schwere Pflegebedürftigkeit, sondern auch das Sterben zu großen Teilen institutionalisiert hat. Ein wichtiger Einzelfaktor dafür dürften die in Deutschland, sukzessive ab 2003, flächendeckend bis 2007, eingeführten Fallpauschalen (DRGs) für die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen, die den schon lange bestehenden Trend in der Reduktion der Verweildauer in deutschen Krankenhäusern noch weiter verstärkt haben. Da zunehmend mehr schwerstkranke und auch Patienten in der Nähe des Lebensendes nach der Krankenhausbehandlung nicht in die eigene Häuslichkeit zurückkehren können, ist die Übersiedlung in ein Altenpflegeheim und ein eher kurzer Verbleib in der Einrichtung bis zum Tode eine häufiger werdende Folge. Damit hat sich auch der Bedarf an palliativpflegerischen und palliativmedizinischen Maßnahmen in der stationären Altenpflege außerordentlich erhöht.

Eine detailliertere Analyse der bisherigen Veränderungen hinsichtlich der Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen Baden-Württembergs, etwa differenziert nach Diagnosen, oder auch eine kleinteiligere regionale Analyse, z.B. auf der Ebene von Gebietskörperschaften, ist aufgrund der mangelnden Datenlage völlig unmöglich. Das gilt auch für sonstige Wohnformen, z.B. den Pflegewohngruppen. Eine Prognose für die zukünftige Entwicklung ist auch aus diesem Grund schwer. Sicherlich kann vermutet werden, dass sich die oben beschriebenen Trends (abnehmende durchschnittliche Verweildauer, zunehmende Zahl der Sterbefälle in Pflegeeinrichtungen und deren Anteil an der gesamten Mortalität) fortsetzen. Andererseits scheint eine Verbesserung pflegerischer, medizinischer und sonstiger therapeutischer Maßnahmen einschließlich der Palliativpflege und -medizin in stationären Pflegeeinrichtungen durchaus auch in Zukunft möglich, und damit auch ein gewisser Anstieg der durchschnittlichen Wohndauer.



Die Verweildauer in den stationären Pflegeeinrichtungen sinkt. Die flächendeckende Einführung der DRGs in Krankenhäusern macht Pflegeeinrichtungen zu Orten des Sterbens und der damit notwendigen palliativen Versorgung. Das hebt das Anforderungsprofil ans Pflegepersonal.

1.6 Alternative Pflegewohnformen

Frage 1.6 der Enquete-Kommission

- Welche Angebote an alternativen Wohnformen bestehen in Baden-Württemberg?
- Welche Präferenzen bestehen in der Bevölkerung Baden-Württembergs bezüglich alternativer Wohnformen?

Seit Inkrafttreten des Landesgesetzes für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (WTPG), am 31.05.2014, ist laut Aussage der Fachstelle für ambulant unterstützte Wohnformen (FaWo) eine deutliche Zunahme an Nachfragen zu verzeichnen und es sind Angebote an alternativen Wohnformen in Baden-Württemberg in Planung oder in der Entstehungsphase. Die Fachstelle für ambulant unterstützte Wohnformen ist ein Angebot des Sozialministeriums Baden-Württemberg und knüpft an das Netzwerk und die Fachexpertise des KVJS (Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg) an. Die FaWo richtet sich zum einen an Fachleute, etwa von örtlichen Beratungsstellen, Stadt- und Landkreisen, Gemeinden, Einrichtungs- und Baurägern. Darüber hinaus bietet die Landesberatungsstelle Schulungen und Fachtagungen an. Auch zukünftige Bewohnerinnen und Bewohner von ambulant betreuten Wohngemeinschaften sowie Angehörige erhalten Informationen, wie sie ihre Wohngemeinschaften aufbauen und betreiben können (vgl. KVJS.de)

Die hier vorgestellte Zahl an ambulant betreuten Wohngemeinschaften in Baden-Württemberg geht zurück auf eine Umfrage der Fachstelle für ambulant unterstützte Wohnformen aus dem Frühsommer 2015. Mit der FaWo bestand im Kontext der Erstellung des vorliegenden Gutachtens ein guter Kontakt. Laut Aussage der FaWo befinden sich aktuell einige Pflegewohngemeinschaften in der Neugründungs- bzw. Prüfungsphase - hier kann dementsprechend nur der aktuelle Stand vom 29. Juni 2015 dokumentiert werden. Von vier Landkreisen fehlt bei der Umfrage bislang die Rückmeldung.

Unter alternativen Wohnformen werden in diesem Gutachten sowohl ambulant betreute Pflegewohngemeinschaften als auch ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz verstanden. Diese Unterscheidung ist in der Praxis auch wenig sinnvoll, weil in der Realität die größte Gruppe der Bewohner(innen) von Pflegewohngruppen Menschen mit Demenz sind. Dies bestätigt auch die FaWo. Hinsichtlich der Organisationsform wird unterschieden in vollständig selbstverantwortete Wohngemeinschaften und trägergestützte Pflegewohngemeinschaften. Insgesamt meldeten die Heimaufsichten 46 ambulant betreute Pflegewohngemeinschaften in Baden-Württemberg, 27 dieser Pflegewohngemeinschaften sind in ihrer Organisationsform vollständig selbstverantwortet, die aktuelle Anzahl in den einzelnen Landkreisen ergibt sich aus den folgenden Tabellen im Anhang, gegliedert nach Regierungsbezirken (vgl. FaWo 2015).



Das WTPG zeigt erste Wirkung – 46 ambulant betreute Pflegewohngruppen sind in Baden-Württemberg entstanden, 27 davon vollständig selbstverantwortet

1.7 Pflegebedürftige Menschen im häuslichen Bereich

Frage 1.7 der Enquete-Kommission

Wie hat sich die Zahl der Personen, die im häuslichen Bereich gepflegt werden, seit 1995 in Baden-Württemberg entwickelt und mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?

Differenziert nach:

- Empfänger von Geld-, Sach- oder Kombinationsleistungen
- Milieu
- Gemeindetypen
- Haushaltsgröße

Diese Frage wurde, soweit möglich, weitgehend schon unter 1.1 mit beantwortet. Nachdem systematische Analysen zu häuslichen Pflegesettings auf der Basis vorliegender Daten nicht möglich sind - entsprechende Daten sind bundes- und landesweit immer nur ausschnittsweise verfügbar - werden Aspekte zur Pflege im häuslichen Bereich unter **2.2 Pflegende Angehörige in Baden-Württemberg** und unter **2.5 Pflegemix** mit bearbeitet.

Auf der Basis der Daten des MDK für die Jahre 2010 und 2014 zeigt sich aber deutlich und bezogen auf nahezu alle Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg, dass die Zahl der allein lebenden Pflegebedürftigen steigt. Landesweit waren 39,4% der begutachteten Personen im Jahr 2010 alleinlebend – dies ist bis 2014 auf 43,3% gestiegen. Bei den kreisfreien Städten nimmt Freiburg mit 54,21% im Jahr 2014 den Spitzenplatz ein, ausgehend von 45,3% im Jahr 2010 – also mit einer Zunahme von rund 9% innerhalb von 4 Jahren. Ähnliche Entwicklungen zeigen sich auch in den anderen Stadtkreisen, wie beispielsweise in Stuttgart (von 46,18% auf 51,33%), aber ebenso auch in Landkreisen wie zum Beispiel in Sigmaringen (von 26,74% auf 36,66%).

Über die zur Verfügung stehenden Daten ist es aber leider nicht möglich, entsprechende Korrelationen zu bilden die nachweisen könnten, welche Leistungen diese wachsende Zahl alleinlebender pflegebedürftiger Menschen vorwiegend in Anspruch nimmt - ob sie also eher über Geldleistungen eine 24-Stunden-Pflege durch eine osteuropäische Haushaltshilfe (mit-) finanzieren oder aber eher die Sachleistungen des ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen.

Einzelne Studien zur milieuspezifischen Betrachtung von Pflegesettings geben in der Logik der Fragestellung Einblicke in mögliche Konstellationen und „pflegekulturelle“ Orientierungen (vgl. u.a. Blinkert; Klie; Roloff 2001). Die gewünschte systematische Datenaufbereitung auf Landkreisebene, unter der Beachtung von Haushalts- und Gemeindetypen, Haushaltsgröße und Milieus ist aber auf der Basis der verfügbaren Daten nicht möglich. Damit zeigt sich auch hier ein deutliches Forschungsdesiderat im Hinblick auf sich verändernde Pflegesettings im häuslichen Bereich - dazu wissen wir leider viel zu wenig und das vor dem Hintergrund der rund 70% Pflegesettings im häuslichen Umfeld.



Häusliche Pflegesettings und ihre spezifischen Bedarfe müssen stärker in den Blick genommen werden. Dazu braucht es Forschungen und eine systematische Datenerhebung.

1.8 Beratungsangebote für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen bzw. Pflegepersonen

Frage 1.8 der Enquete-Kommission

Welche Beratungsangebote gibt es derzeit für pflegebedürftige Menschen und ihre Pflegepersonen?

Die Beratung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen oder Pflegepersonen findet in Baden-Württemberg auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Kontexten statt.

Beratung in Beratungsstellen für ältere Menschen:

Die Kommunen und Landkreise bieten Beratung für ältere Menschen und deren Angehörige in speziellen Beratungsstellen für ältere Menschen an. Einige davon waren ursprünglich IAV-Stellen, die nach Auslaufen der Förderung in kommunalen Trägerschaft weitergeführt wurden – oft auch im Verbund mehrerer Gemeinden, zum Teil mit wechselnden Sprechtagen vor Ort.. Aber die Arbeit ist meist nicht über diese regionalen Zusammenschlüsse hinaus gesteuert und vernetzt. Ein Teil dieser Beratungsstellen befindet sich in kirchlicher Trägerschaft

Um über die Situation der Beratungsstellen Informationen aus erster Hand zu generieren, wurden im Rahmen der Erarbeitung des vorliegenden Gutachtens sechs Experteninterviews mit langjährig erfahrenen Berater(inne)n durchgeführt. In diesen Gesprächen wurde vor allem bemängelt, dass aus Kostengründen die wirklich sinnvolle Form der zugehenden Beratung nicht umsetzbar sei. So kämen vor allem mobile Menschen in die Beratungsstellen. Auch wenn immer wieder Hausbesuche gemacht würden, seien Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind und eher zurückgezogen leben, wenig erreichbar. Im Sinne einer Caring Community müsse Beratung aber frühzeitig und niedrigschwellig angeboten werden, um Pflege und Betreuung langfristig und nachhaltig möglich zu machen – darin waren sich alle Gesprächspartner(innen) einig.

Durch telefonische Befragung der jeweiligen Stadt- und Landkreise konnte die Zahl von 116 Beratungsstellen für ältere Menschen in Baden-Württemberg ermittelt werden. Die folgende Liste gibt einen Überblick über die Anzahl der Beratungsstellen nach Landkreis oder Stadt.

Landkreis / Stadt	Anzahl der Beratungsstellen für ältere Menschen und ihre Angehörigen bzw. Pflegenden
Alb-Donau-Kreis (UL)	4
Bodenseekreis (FN)	4
Enzkreis (PF)	4
Hohenlohekreis (KÜN)	1

Landkreis Biberach (BC)	2
Landkreis Böblingen (BB)	2
Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald (FR)	7
Landkreis Calw (CW)	3
Landkreis Emmendingen (EM)	1
Landkreis Esslingen (ES)	2
Landkreis Freudenstadt (FDS)	1
Landkreis Göppingen (GP)	3
Landkreis Heidenheim (HDH)	1
Landkreis Heilbronn (HN)	10
Landkreis Karlsruhe (KA)	1
Landkreis Konstanz (KN)	1
Landkreis Lörrach (LÖ)	2
Landkreis Ludwigsburg (LB)	1
Landkreis Rastatt (RA)	6
Landkreis Ravensburg (RV)	3
Landkreis Reutlingen (RT)	3
Landkreis Rottweil (RW)	3
Landkreis Schwäbisch Hall (SHA)	0
Landkreis Sigmaringen (SIG)	3
Landkreis Tübingen (TÜ)	3
Landkreis Tuttlingen (TUT)	2
Landkreis Waldshut (WT)	2
Main-Tauber-Kreis (TBB)	1
Neckar-Odenwald-Kreis (MOS)	3
Ortenaukreis (OG)	6

Ostalbkreis (AA)	1
Rems-Murr-Kreis (WN)	1
Rhein-Neckar-Kreis (HD)	3
Schwarzwald-Baar-Kreis (VS)	1
Stadtkreis Baden-Baden (BAD)	1
Stadtkreis Freiburg im Breisgau (FR)	4
Stadtkreis Heidelberg (HD)	2
Stadtkreis Heilbronn (HN)	1
Stadtkreis Karlsruhe (KA)	5
Stadtkreis Mannheim (MA)	1
Stadtkreis Pforzheim (PF)	2
Stadtkreis Stuttgart (S)	5
Stadtkreis Ulm (UL)	1
Zollernalbkreis (BL)	3
Summe:	116

52

Tabelle 6: Beratungsstellen für ältere Menschen und ihre Angehörigen

Die Zahl der Beratungsstellen ist allerdings in Bezug auf die Qualität der Beratung wenig aussagekräftig, zum Teil sind diese Stellen nur mit Personal in geringem Stenumfang besetzt.

Darüber hinaus gibt es aber auch noch regionale und überregionale Beratungsangebote, wie zum Beispiel:

- **Beratung durch die Pflegestützpunkte**

Zentrale Anlaufstelle im Pflegebereich sind zunächst die 48 Pflegestützpunkte Baden-Württembergs, die zum Zweck der wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Bevölkerung in Baden-Württemberg im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des § 92c Sozialgesetzbuch (SGB) XI eingerichtet wurden (vgl. Landesarbeitsgemeinschaft der Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e.V.).

- **Beratung durch die Pflegekassen**

Die Pflegeberater in den jeweiligen Pflegekassen beraten die Pflegbedürftigen und ihre Angehörigen vor allem in Bezug auf leistungsrechtliche und pflegerelevante Fragen.

- **Beratung durch ambulante Pflegedienste**

Gemäß §37 SGB XI beraten ambulante Pflegedienste im Rahmen der Qualitätssicherungsbesuche Angehörige und Pflegebedürftige bei Fragen zur Pflege im häuslichen Bereich.

- **Beratung durch bundesweit aktive Organisationen**

Organisationen wie z.B. die BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen) und die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. bieten sowohl telefonisch, per Mail und zum Teil auch in Form von Beratungsstellen Hilfe an.

- **Beratung durch die Wohlfahrtsverbände**

Die Wohlfahrtsverbände bieten Pflegebedürftigen und deren Pflegenden sowohl telefonisch als auch online Beratung an (vgl. z.B. AWO).

- **Beratung im Kontext von informellen Hilfeformen:**

Außerhalb von professionellen Kontexten findet auch im Rahmen informeller Hilfeformen wie z.B. der Hilfe unter Nachbarn Information im Umfeld von Beratung statt.

Weitere Links zur Beratung sind:

AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.: Online-Pflege- und Seniorenberatung.

<https://www.awo-pflegeberatung-online.de/>

BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen).

<http://www.bagso.de/pflege/pflegeberatung/pflegeberatung.html>

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.. <https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/alzheimer-gesellschaften-und-anlaufstellen.html>

Landesarbeitsgemeinschaft der Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e.V.. http://www.bw-pflegestuetzpunkt.de/cms/index.php?article_id=1



Beratung ist mittlerweile eher ein schillernder Begriff geworden und wird vielfältig gebraucht. Zugehende Formen der Beratung, die im Pflegekontext vielfach notwendig sind, um allein und zurückgezogen lebende pflegebedürftige Menschen erreichen zu können, scheitern oft an den finanziellen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten





Kapitel 2 des Gutachtens

55

**Pflegende
in Baden-Württemberg**



2.1 Pflegende Personen in Baden-Württemberg – Rückblick und Ausblick

Frage 2.1 der Enquete-Kommission

Wie hat sich die Zahl der pflegenden Menschen in Baden-Württemberg seit 1995 entwickelt und mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?

Unterteilt nach:

- Familienangehörige
- Nachbarn
- ehrenamtlich tätige Personen
- hauptberuflich tätige Personen im ambulanten Bereich
- hauptberuflich tätige Personen im voll- und teilstationären Bereich

Weitere Differenzierungen nach:

- Alter
- Geschlecht
- Kultur
- Regionalität (Kreis-, Gemeindeebene)
- Voll- und Teilzeitbeschäftigung
- Praktikanten und Auszubildende
- Freiwilliges soziales Jahr
- (früherer) Zivildienst, Bundesfreiwilligendienst
- Tätigkeitsbereich (Leitung, Grundpflege, Hauswirtschaft, zusätzliche Betreuung (§ 87b SGB XI))

Soweit sich dieser Fragekomplex auf die Beschäftigten in der Pflege bezieht, hat er deutliche Überschneidungen mit den Gliederungspunkten 2.3. und 2.4. Zur Bearbeitung dieser beiden Fragen der Enquete-Kommission wurde auf umfangreiches Quellen- und Datenmaterial zurückgegriffen, um daraus entsprechende Grafiken erstellen, die sehr klar die Entwicklung in der professionellen Pflege visualisieren, gegliedert nach Berufs- und Qualifikationsgruppen in den verschiedenen Pflegesetting (ambulant, stationär, Krankenhaus).

In der generellen Beantwortung der Frage, wer in Baden-Württemberg pflegt, zeigt sich inzwischen eine breite Ausdifferenzierung und es bilden sich deutliche Unterschiede in Bezug auf regionale Strukturen und auf die verschiedenen Einrichtungstypen und Settings ab. Unter Bezugnahme auf Daten des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg, die die Entwicklung von 2001 (erste systematische Datenerfassung im Land) und 2013 (aktuellste Daten) aufzeigen, kann für das Land Baden-Württemberg insgesamt konstatiert werden, dass der Beruf der/ des staatlich anerkannten Altenpfleger(in) die größte Gruppe der professionell Pflegenden stellt. Hier hat es im Zeitraum zwischen 2001 bis 2013 eine Verdoppelung gegeben, von 14.771 auf 29.464 examinierte Pflegekräfte. Die zweitgrößte Gruppe, mit einer Zahl von 27.266 Personen, sind diejenigen mit „anderen Berufsabschlüssen“. Leider differenziert die Personalstatistik an dieser Stelle nicht weiter aus, obwohl es auch hier im genannten Zeitraum eine Zunahme von rund 74% gibt von 15.668 im

Jahr 2001 auf 27.266. Hier zeigt sich also eine deutliche Datenlücke, die einfach zu schließen wäre, auf die Situation der Pflege im Land aber wichtige Rückschlüsse erlauben würde. Damit verbunden besteht auch ein klares Forschungsdesiderat. Für die Sicherung der Pflege in der Zukunft sind die Motive und Hintergründe dieser Personen, die oft Quereinsteiger sind, nicht uninteressant, auch um sie über sinnvolle und ihnen angepasste Qualifizierungen längerfristig in der Pflege zu halten.

Mit 26.412 Personen ebenfalls sehr hoch ist die Anzahl der Auszubildenden und Schüler(innen) in der Pflege. Wie viele von ihnen wie lange im Beruf bleiben werden, bestimmt die Zukunft der Pflege im Land ebenfalls entscheidend mit. Dazu enthält dieses Gutachten Ausführungen unter 2.7 und 2.8. Erst an vierter Stelle der Pflegepersonalstatistik stehen Gesundheits- und Krankenpfleger(innen) mit einem Zuwachs von 36,7% im Jahr 2001 auf aktuell 19.019 Fachkräfte. Wie bunt der Personalmix in der Pflege mittlerweile ist, zeigt die lange Liste der Berufe im sozial(-pflegerisch)en und therapeutischen Bereich, die aber ebenfalls nicht differenziert aufgeführt werden. Insgesamt sind über 8.000 Personen in dieser Facette des Personals ausgewiesen, mit einem Zuwachs von rund 38% in den letzten 13 Jahren. Vor allem auch auf der Qualifikationsstufe der Altenpflegehelfer(innen), die seit 1995 in Baden-Württemberg zunächst als Schulversuchsmodell lief und schon seit Ende der 90-er Jahre eine eigene Ausbildungsordnung und die staatliche Anerkennung hat, gab es erhebliche Zuwächse - von 2.179 im Jahr 2001 auf 5739 in 2013.

Land Baden-Württemberg	15.12.2001	15.12.2003	15.12.2005	15.12.2007	15.12.2009	15.12.2011	15.12.2013
Personal insgesamt	77764	88603	92548	97789	105998	115530	122420
staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	14771	17910	19936	22625	24741	27440	29464
staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	2179	2593	2665	3174	3802	4818	5739
Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenschwester	13907	16951	17878	18579	18209	18734	19019
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	826	1088	1122	1249	1145	1204	1224
Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in							
Heilerziehungspflegehelfer/in							
Heilpädagogin, Heilpädagoge							
Ergotherapeut/in							
Physiotherapeut/in							
sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Gesundheitsberufe	5849	5909	5653	5881	6162	8116	8079
sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Beruf							
Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss							
Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss							
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung							
sonstiger pflegerischer Beruf							
Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen	3074	3595	3657	5349	4549	4791	5217
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss							
sonstiger Berufsabschluss	15668	17604	18673	20102	23549	26424	27266
ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung	21490	22953	22964	20830	23841	24003	26412

Tabelle 7: Pflegepersonal in Baden-Württemberg gesamt – nach Daten Statistisches Landesamt 2014

Auch vor dem Hintergrund neuer Konzepte im stationären Bereich der Altenpflege, neuer Wohngruppenmodelle und dem langen Verbleib pflegebedürftiger Menschen im häuslichen Bereich, steigt die Zahl der Personen im hauswirtschaftlichen Bereich im genannten Zeitraum ebenfalls deutlich an, von 3.074 auf 5.217 Personen ist das ein Zuwachs von knapp 70%.

Land Baden-Württemberg	15.12.2001	15.12.2003	15.12.2005	15.12.2007	15.12.2009	15.12.2011	15.12.2013
Personal in stationären Einrichtungen	57742	65411	69097	73418	80824	86635	90597
staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	11295	13672	15614	17621	19231	20539	21909
staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	1863	2161	2274	2726	3308	4043	4813
Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenp	6621	7720	8254	8763	8290	8211	8419
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	288	379	356	426	396	398	410
Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in							
Heilerziehungspflegehelfer/in							
Heilpädagogin, Heilpädagoge							
Ergotherapeut/in							
Physiotherapeut/in							
sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlich	5006	5053	4891	5117	5424	7104	6768
sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Beruf							
Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss							
Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss							
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung							
sonstiger pflegerischer Beruf							
Fachhauswirtschaftler/in für ältere Menschen	2342	2745	2870	4159	3745	3854	4234
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss							
sonstiger Berufsabschluss	11673	13027	14146	15688	18669	20534	20720
ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung	18654	20654	20692	18918	21761	21952	23324
Personal in ambulanten Einrichtungen	20022	23192	23451	24371	25174	28895	31823
staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	3476	4238	4322	5004	5510	6901	7555
staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	316	432	391	448	494	775	926
Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenp	7286	9231	9624	9816	9919	10523	10600
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	538	709	766	823	749	806	814
Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in							
Heilerziehungspflegehelfer/in							
Heilpädagogin, Heilpädagoge							
Ergotherapeut/in							
Physiotherapeut/in							
sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlich	843	856	762	764	738	1012	1311
sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Beruf							
Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss							
Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss							
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung							
sonstiger pflegerischer Beruf							
Fachhauswirtschaftler/in für ältere Menschen	732	850	787	1190	804	937	983
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss							
sonstiger Berufsabschluss	3995	4577	4527	4414	4880	5890	6546
ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung	2836	2299	2272	1912	2080	2051	3088

Tabelle 8: Pflegepersonal in stationären und ambulanten Einrichtungen

In der Gegenüberstellung der Personalzahlen für den stationären und den ambulanten Bereich der Pflege bilden sich die unterschiedlichen Bedarfe und Entwicklungen im gesetzlichen Bereich ganz offenkundig ab. Während die Anzahl der Gesundheits- und Krankenpfleger(innen) (im ambulanten Bereich deutlich höher ist, sind hauswirtschaftliche Abschlüsse, aber auch Personen in der Ausbildung bzw. ohne Berufsabschluss und mit anderen Abschlüssen in der stationären Pflege stärker vertreten.

Ein deutliches Forschungsdesiderat besteht im Hinblick auf die Frage, welche Tätigkeiten von welchen Personengruppen ausgeführt werden. Es gibt zwar gesetzliche Vorgaben, die in Verbindung mit der Fachkraftquote diesen bestimmte Tätigkeiten zuordnen, aber einen genauen Überblick über das Ausmaß der Tätigkeiten, die an Pflegehelfer(innen) und andere Personengruppen delegiert werden oder zu deren originärem Aufgabenfeld gehören, gibt es für Baden-Württemberg bisher nicht.

Zur Nachbarschaftspflege und zu informellen Unterstützungsnetzwerken sind ebenfalls keine Landesdaten verfügbar. Erste Ergebnisse, zum Beispiel aus der MUG-III-Studie (Schneekloth und Wahl 2005), weisen darauf hin, dass Nachbarschaftspflege und die Unterstützung im Sozialraum seit Mitte der 90-er Jahre zugenommen haben. Belastbare Zahlen gibt es dazu aber noch nicht. Auch hier besteht ein klares Forschungsdesiderat.

In Bezug auf den Bundesfreiwilligendienst, der ja in der Pflege an die Stelle der nicht mehr verfügbaren Zivildienstleistenden treten sollten, sieht es ähnlich aus.

Bundesland	Jan.	Feb.	Mrz.	Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Summe
Baden-Württemberg	5.669	5.697	5.436	5.180	5.027	4.861	4.633	4.128	4.577	4.607	4.711	4.750	4.940
Bayern	3.701	3.740	3.566	3.335	3.208	3.081	2.896	2.566	2.617	2.935	3.293	3.371	3.192
Berlin	1.768	1.754	1.684	1.581	1.531	1.499	1.419	1.255	1.253	1.295	1.383	1.379	1.483
Brandenburg	2.608	2.593	2.503	2.459	2.400	2.375	2.375	2.201	2.024	1.811	1.727	1.677	2.229
Bremen	363	356	343	322	314	300	299	218	301	313	312	319	313
Hamburg	974	960	930	872	839	814	767	639	769	769	797	801	828
Hessen	2.103	2.099	2.016	1.925	1.878	1.804	1.732	1.513	1.677	1.758	1.835	1.838	1.848
Mecklenburg-Vorpommern	1.968	1.972	1.907	1.888	1.876	1.829	1.845	1.681	1.640	1.427	1.446	1.408	1.741
Niedersachsen	3.889	3.858	3.734	3.610	3.535	3.451	3.246	2.340	3.207	3.442	3.632	3.707	3.471
NRW	10.302	10.113	9.628	9.066	8.789	8.455	7.954	6.857	6.451	7.445	8.748	8.839	8.554
Rheinland-Pfalz	1.308	1.304	1.266	1.210	1.169	1.155	1.099	968	960	967	1.034	1.110	1.129
Saarland	420	420	401	379	365	351	331	267	394	392	410	423	379
Sachsen	6.117	6.102	5.781	5.585	5.479	5.424	5.382	5.043	4.587	4.197	4.073	3.884	5.138
Sachsen-Anhalt	3.277	3.261	3.130	3.124	3.085	3.119	3.130	2.907	2.543	2.345	2.370	2.302	2.883
Schleswig-Holstein	1.433	1.413	1.381	1.323	1.286	1.249	1.190	991	1.180	1.226	1.271	1.291	1.270
Thüringen	3.363	3.354	3.246	3.201	3.176	3.145	3.158	2.946	2.678	2.441	2.355	2.263	2.944

Tabelle 9: Bundesfreiwilligendienst-Zahlen 2014; - Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben

Zwar zeigt sich in der vorhergehenden Tabelle des Bundesamts für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, dass Baden-Württemberg hinsichtlich der Beteiligungszahlen am Bundesfreiwilligendienst einen Spitzenplatz einnimmt, nach Nordrhein-Westfalen und Sachsen. Aber Zahlen, die Auskünfte über die Tätigkeiten und Einsatzorte im Land geben könnten, sind ebenfalls nicht verfügbar.

Für eine Zukunftsvision, in der Pflege wieder stärker zur gemeinschaftlichen Aufgabe wird, eingebettet in Sozialraum und Kommune, wird es künftig darum gehen, diese Fragen eines gestalteten Hilfe- und Pflegemix stärker in den Blick zu nehmen. Dazu muss auch aussagekräftiges Zahlen- und Datenmaterial erstellt werden. Das muss die Aufgabe der Landesministerien und –behörden werden.

Es gibt im Land Baden-Württemberg zwar bislang schon eine Reihe modellhafter Ansätze wie die Landesprojekte BELA und BEST, die Bürgerengagement im Feld der Pflege gezielt fördern und es gibt Landesmodellprojekte wie „Pflegemix in Lokalen Verantwortungsgemeinschaften“, in deren Rahmen Modellkommunen begleitet werden, sich auf den Weg in die Zukunft zu machen (Kricheldorf et. al 2015). Solche Ansätze dürfen aber nicht auf der Modellebene stehen bleiben – sie müssen in der strukturellen Regelversorgung von Kommunen, Landkreisen und dem Land Baden-Württemberg stärker verankert werden.

2.2 Pflegende Angehörige in Baden-Württemberg

Fragen 2.2 der Enquete-Kommission

Wie alt sind die Personen, die in Baden-Württemberg im häuslichen Bereich Angehörige pflegen, im Durchschnitt derzeit? wie hoch ist dabei der Anteil von Frauen bzw. Männern und über wie viele Monate bzw. Jahre pflegen diese Personen Angehörige durchschnittlich?

- Mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?

Die aktuelle Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2015) zeigt auf, dass von den 2,6 Millionen pflegebedürftigen Menschen, die im Jahr 2013 Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhielten, 71% (1,86 Millionen) zu Hause gepflegt wurden, ca. zwei Drittel davon (1,25 Millionen) nur durch Angehörige, ohne Unterstützung ambulanter Pflegedienste. Für Baden-Württemberg ist für das Jahr 2015 von 312.500 pflegebedürftigen Menschen auszugehen (vgl. 1.1 und 1.2). Hier liegt der Anteil der in der Häuslichkeit gepflegten Menschen mit 70% knapp niedriger als im Bundesdurchschnitt. In der Anknüpfung an die Verteilungslogik der früheren Statistiken (vgl. Zahlen 2011) ergeben sich rechnerisch aktuell rund 218.000 pflegebedürftige Menschen, die in Baden-Württemberg nur durch Angehörige gepflegt werden. Ausgehend von den Zahlen des MDK Baden-Württemberg, nach denen, bezogen auf das Jahr 2014, im Durchschnitt des Landes die durchschnittliche Beteiligung von 1,33 informellen Pflegepersonen ausgewiesen wird, ergeben sich knapp 300.000 pflegende Angehörige, nur für den Bereich der Leistungsempfänger nach SGB XI. Wird das Spektrum aber erweitert auf alle hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, vor allem im Vorfeld einer Einstufung durch den MDK - und hier gehen Experteneinschätzungen von einer Verdoppelung aus, genaue Zahlen sind nicht verfügbar – ist für Baden-Württemberg mit einer Zahl von 600.000 pflegenden Angehörigen zu rechnen.

Aus der Begutachtungspraxis des MDK ist bekannt, dass in die relevanten Statistiken aber keineswegs alle am häuslichen Pflegeprozess beteiligten Personen einfließen. Das informelle Pflegepotenzial ist also bei weitem höher einzuschätzen. Werden die Zahlen zugrunde gelegt, die in der MUG-III-Studie (Schneekloth und Wahl 2005) angegeben werden, nach denen im Schnitt 2,6 Personen im häuslichen Bereich an der Pflege beteiligt sind, könnten sich für Baden-Württemberg auch bis zu 1,5 Millionen pflegende Angehörige und nahe stehende Personen ergeben. Allerdings ist zu beachten, dass diese Zahlen bereits 10 Jahre alt sind und dass in die häuslichen Pflegesettings auch professionell pflegende Personen eingerechnet werden, wie zum Beispiel mittel- und osteuropäische Haushaltshilfen (vgl. 2.5) deren Zahl in Baden-Württemberg auf ca. 13.000 Personen hochgerechnet wurde. Wirklich verlässliche Angaben ergeben sich nur aus der offiziellen Pflegestatistik, also für die Leistungsempfänger nach SGB XI – für den Bereich im Vorfeld davon gibt es kein relevantes Zahlen- und Datenmaterial. Hier offenbart sich also eine wirkliche Datenlücke, die es schwer macht, sichere Prognosen zu erstellen.

Geburtenstarke Jahrgänge garantieren in den nächsten 10-12 Jahren noch immer ein relativ hohes Maß an Pflege und Unterstützung im familiären Bereich, spätestens ab 2025 werden

spürbare Veränderungen erwartet. Schon heute gibt es eine wachsende Zahl alleinlebender Menschen – die MDK-Daten (siehe Tabelle im Anhang) weisen für Baden-Württemberg, je nach Stadt und Landkreis sehr unterschiedlich, bis zu 51% allein lebend Leistungsbezieher nach SBG XI aus. Hier zeigt sich ein wachsendes neues Phänomen, auf das nur durch differenzierte Pflegesettings, im Sinne eines neuen Pflegemix, reagiert werden kann.

Aktuell werden zwei Drittel der Pflege im häuslichen Bereich nach wie vor von Frauen geleistet. Sie reduzieren ihre Berufstätigkeit oder verzichten ganz darauf. Die folgende Abbildung des Statistischen Bundesamts zeigt deutlich, dass trotz der gesetzlichen Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (vgl. Pflegezeitgesetz 2008 und 2015) die Zahl der Personen, die die Anforderungen in Beruf und der familiären Pflege nicht gleichzeitig bewältigen können, sehr hoch ist. Das aktuell von der Volkswagenstiftung geförderte Projekt „carers@work - zwischen Beruf und Pflege“ kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Gefordert werden noch bessere Formen der Unterstützung, wie Ausbau der Tagespflege, gesetzlich geregelte Flexibilisierungen der Arbeitszeit und familienentlastende Dienste, die bedarfsgerecht zur Verfügung stehen.

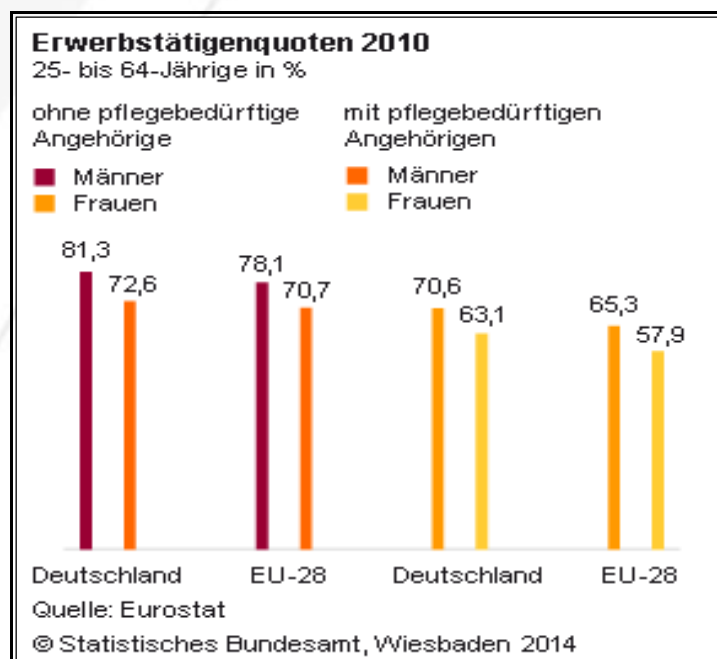


Abbildung 10: Erwerbstätigenquoten 2010 – Männer und Frauen mit und ohne pflegebedürftige Angehörige

Im Jahr 2010 waren demzufolge in Deutschland rund 63% der weiblichen und rund 70% der männlichen pflegenden Angehörigen zwischen 25 und 64 Jahren erwerbstätig. Der Anteil der Erwerbstätigen ohne pflegebedürftige Angehörige lag zwischen rund 9 und 11 Prozentpunkte höher.

Weitere Befunde zur Situation pflegender Angehöriger zeigen deutlich, dass die Pflegesituation, je länger sie andauert, Auswirkungen zeigt, die sowohl soziale Beziehungen, als auch die psychische und physische Gesundheit pflegender Angehöriger betreffen (Pinquart & Sörensen 2003). Sowohl die Symptome des Gepflegten (z.B. spezielle

Verhaltensauffälligkeiten), als auch das Ausmaß der zu leistenden Hilfe tragen zu einem Erleben starker Belastung bei, die sich nicht selten in eigener Erkrankung der pflegenden Angehörigen niederschlägt. Hauptdiagnosen sind dabei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erschöpfungszustände, Depression und auch Suchterkrankungen (vor allem durch den Missbrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln). Nach einer Studie der Siemens Betriebskrankenkasse 2014 liegt die Zahl der entsprechenden Diagnosen bei pflegenden und ehemals pflegenden Angehörigen um bis zu 51 % höher, die gesamten Leistungsausgaben werden mit 18% über dem Durchschnitt angegeben.

Diese Zahlen sind umso besser vor dem Hintergrund zu verstehen, dass es vor allem alte und Zälder werdende Menschen sind, die die Verantwortung für alte und sehr alte Menschen tragen.

(Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2009, S. 194). Beschreibt man häusliche Hilfe- und Pflegearrangements nach der Art des jeweils gewählten Pflegemix aus privater, bürgerschaftlich getragener und professioneller Unterstützung, zeigt sich nach Ergebnissen der MUG-III-Studie (Schneekloth und Wahl 2005) folgendes Bild:

Insgesamt werden 91 % der in Privathaushalten lebenden pflegebedürftigen Menschen von eigenen Angehörigen und Mitgliedern des privaten Netzwerks versorgt. Bei verheirateten Pflegebedürftigen ist in der Regel die Ehepartnerin bzw. der Ehepartner die Hauptpflegeperson, bei verwitweten Personen sind es die eigenen Kinder und bei jüngeren Pflegebedürftigen ein Elternteil, das die Verantwortung für die Versorgung trägt. Hinzu kommen weitere 9 %, die neben der privat getragenen Hilfe und Pflege zusätzliches Unterstützungspotenzial in die häuslichen Pflegesettings einbringen. Das sind Nachbarn und freiwillige engagierte Menschen.

Angesichts der weiteren Ausführungen im Rahmen dieses Gutachtens (vgl. 1.1 und 1.2 sowie 2.4 und 2.5) wird auch an dieser Stelle ein dringender Handlungsbedarf offenkundig. Wenn nämlich die wachsenden Herausforderungen im Kontext von Pflegebedürftigkeit nicht zu einer dauerhaften Überforderung von Familien und damit in der näheren Zukunft zu deren weitgehendem Rückzug aus der Pflege führen sollen, muss ein größeres Augenmerk darauf gerichtet werden, wie Pflege auf mehrere Schultern verteilt werden kann und welche Rolle neue Pflegesettings dabei spielen können. Es geht in diesem Kontext vor allem um die Nutzung unterschiedlicher Ressourcen im familiären Umfeld sowie im Bereich der vielfältigen und sich immer mehr ausdifferenzierenden Unterstützungs- und Entlastungsangebote im formellen und informellen Bereich. Diese müssen zu einem individuellen Pflegemix zusammengestellt werden, der die persönlichen Konstellationen berücksichtigt, auf die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person ausgerichtet ist und so eine gelingende Pflege im familiären Umfeld auch weiterhin ermöglicht (Bubolz-Lutz & Kricheldorf 2006).

Dabei spielt auch das Engagement qualifizierter Freiwilliger eine wichtige Rolle (vgl. Bubolz-Lutz & Kricheldorf 2011 und Kricheldorf 2010 und 2009 sowie die Landesprojekte, aktuell das Programm BEST). Gerade in der Zusammenarbeit von Freiwilligen und Professionellen aus Pflege, Betreuung und auch aus dem hauswirtschaftlichen Bereich (vor allem in den



ambulanten Wohngruppen) liegen Herausforderungen und Chancen gleichermaßen. Diese gilt es künftig stärker zu thematisieren und in Bezug auf ihre Schnittstellen zu bearbeiten.

Zu den im privaten Bereich pflegenden Personen gibt es bislang keine regelmäßigen Erhebungen, außer den gesicherten Zahlen über die Einsätze ambulanter Pflegedienste. Ihre genaue Anzahl und ihre Entwicklung sind deshalb nur schwer abzuschätzen.



Die Datenlage zur Situation pflegender Angehöriger muss dringend verbessert werden. Zur Stabilisierung und Sicherung des Pflegepotenzials im häuslichen Bereich - in Familien und in nachbarschaftlichen Kontexten - werden verbesserte Entlastungs- und Unterstützungsangebote dringend gebraucht



2.3 Retro-und prospektive Personalentwicklungen in der Pflege

Frage 2.3 der Enquete-Kommission

Wie hat sich die Zahl, der in der Pflege beschäftigten Personen in Baden-Württemberg seit 1995 entwickelt und mit welcher Entwicklung ist bis zum Jahr 2030 zu rechnen?

Differenziert nach:

- Altenpfleger
- Gesundheits- und Krankenpfleger
- Altenpflegehelfer
- Betreuungskräfte
- Weitere Berufsgruppen
- Beschäftigte mit pflegewissenschaftlicher Ausbildung
- Herkunftsländer der beschäftigten Personen

Die Anzahl der im Land in der Pflege beschäftigten Personen wird erst seit 2001 regelmäßig durch das Statistische Landesamt Baden-Württemberg erfasst und veröffentlicht. In den Veröffentlichungen werden unter anderem die Berufsgruppen der Altenpflege, Altenpflegehilfe, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflegehilfe differenziert erfasst. Eine Erhebung der Anzahl von Betreuungskräften und Pflegenden mit pflegewissenschaftlicher Ausbildung wird nicht vorgenommen. Genaue Zahlen sind weder bundes- noch landesweit verfügbar. Die Bundesländer treiben seit einigen Jahren die Entwicklung einer akademischen Pflegeausbildung voran. Im Jahr 2012 begannen bundesweit rund 1.800 Studienanfänger ein pflegewissenschaftliches Studium. Die ersten Absolvent(inn)en dieser Studiengänge kommen gegenwärtig in die Praxis. Derzeit mangelt es jedoch an passend zur akademischen Qualifikation zugeschnittenen Arbeitsplätzen. Der Wissenschaftsrat befürwortet ausdrücklich den Aufbau grundständiger Studiengänge der Pflege mit dem Ziel eines akademischen Abschlusses, der zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten befähigt und propagiert für die Zukunft einen Anteil von 10 bis 20 Prozent akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte (Wissenschaftsrat 2012; Bonin et al. 2015).

65

Personalentwicklung in der stationären und in der ambulanten Pflege in BW

Die nachfolgende Grafik zeigt die bundesweite Entwicklung der Anzahl an Altenpflegefachkräften seit Beginn dieser Ausbildungsform in den 1970er Jahren. In 30 Jahren hat sich bundesweit die Zahl der Altenpflegefachkräfte von ca. 30.000 (1977) auf fast 330.000 (2007) erhöht.

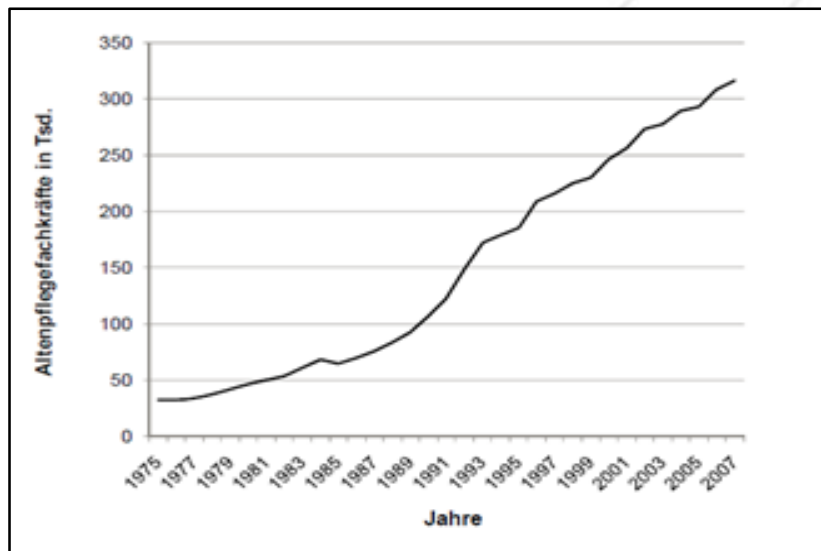


Abbildung 11: Altenpflegefachkräfte im Zeitraum 1975 bis 2007 in Vollzeitäquivalenten
Quelle: Hackmann, T. 2009, S.5, basierend auf Stat. Bundesamt (1977-2008) und IABS 1975-2004

Betrachtung der Personalentwicklung über 2-Jahresintervalle

Für das gesamte Landesgebiet können durchschnittliche relative Zuwächse zwischen 5 und 10% in den jeweiligen Intervallen von zwei Jahren beobachtet werden. Lediglich die Periode zwischen den Jahren 2001 und 2003 weicht von genanntem Trend mit einer Zuwachsrate von beinahe 14 Prozentpunkten ab. Eine mögliche Erklärung sind Entwicklungen in der Pflege nach dem Inkrafttreten des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes und der Einführung der DRGs in Krankenhäusern, was zu den so genannten „blutigen Entlassungen“ ins System der ambulanten und stationären (Alten-)Pfleger führte.

66

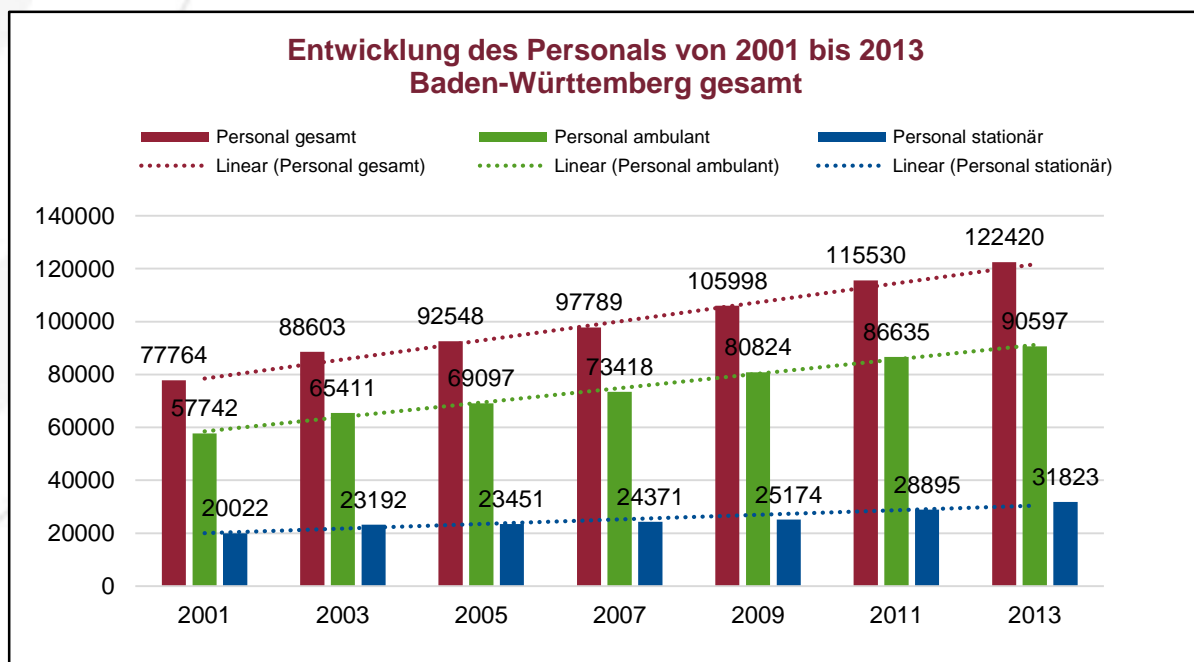


Abbildung 12: Personalentwicklung in der stationären und ambulanten Pflege in Baden-Württemberg von 2001 bis 2013
Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW

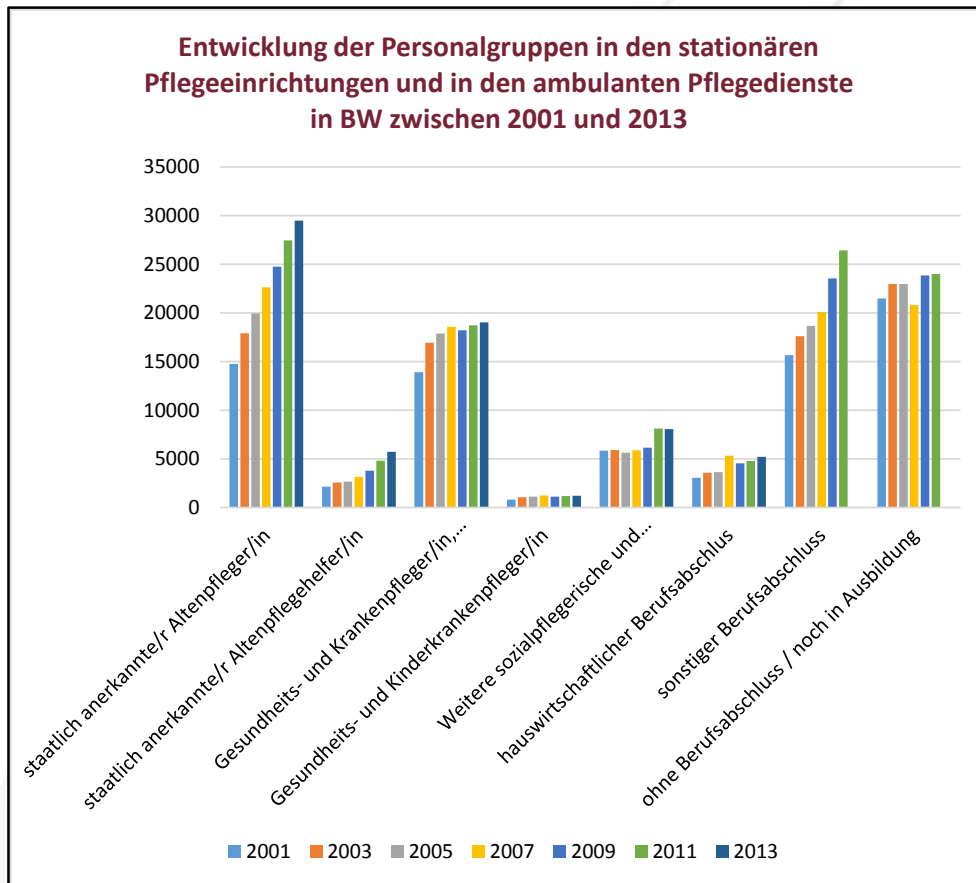


Abbildung 13: Personalentwicklung in der stationären und ambulanten Pflege in Baden-Württemberg von 2001 bis 2013
Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW

Insgesamt finden sich für den stationären und ambulanten Bereich sehr ähnliche Zuwachsraten über die beobachtete Zeitspanne von 2001 bis 2013 von etwa 60% (57.4%). Zwischen 2003 und 2007 zeichnet sich eine vergleichsweise geringere Zunahme der Beschäftigungsquoten ab. In einigen Gebietskörperschaften, insbesondere in den Stadtkreisen, sind für diese Periode sogar schrumpfende Personalzahlen beobachtbar. Damit erfährt der überproportionale Anstieg zwischen 2001 und 2003 einen Gegentrend. Daraus lässt sich deutlich ableiten, wie stark gesetzliche Neuregelungen die Praxis zum Teil verunsichern und die Personalentwicklung beeinflussen. Im Anhang wird die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen nach der Statistik des Landesamtes Baden-Württemberg für die einzelnen Landkreise gesondert dargestellt.



Die Personalentwicklung in der Pflege betrifft Städte und Landkreise in sehr unterschiedlicher Ausprägung

Zwischen den Städten und den Landkreisen in Baden-Württemberg können unterschiedliche Entwicklungen festgestellt werden: Landkreise weisen in der Regel eine deutlichere Zunahme des Personalvolumens auf, während diese in den Städten eher geringer ausfällt (mit Ausnahme von Heilbronn und Stuttgart). Folgende Städte und Landkreise weisen eine Entwicklung auf, die dem Trend einer Zunahme des Personalvolumens von 57,4 % (Landesschnitt) nicht entspricht:

- Ulm und Freiburg zeigen hinsichtlich des Gesamtpersonals unterdurchschnittliche Zuwachsraten mit größeren Schwankungen. Für Ulm ist ein gesamter Zuwachs des Personals von 23,7% beobachtbar und für Freiburg von 24,1%. Damit hat in beiden genannten Städten das Personalvolumen am geringsten in ganz Baden-Württemberg zugenommen.

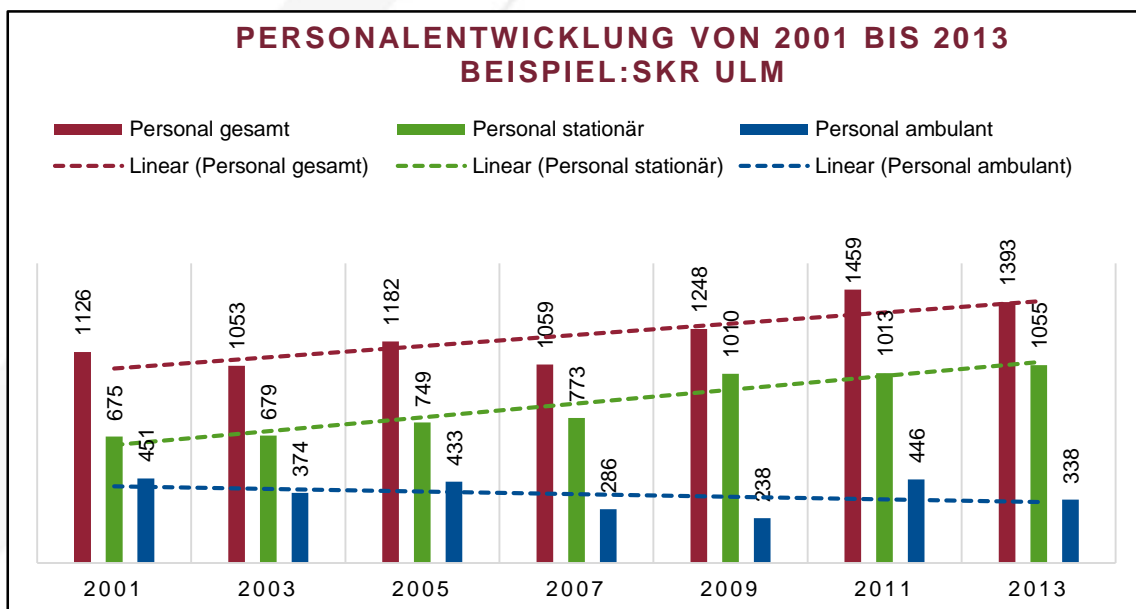


Abbildung 14: Personalentwicklung im Stadtkreis Ulm von 2001 bis 2013 nach Versorgungsform
Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW

Übermäßig stark gestiegen ist die Zahl der Beschäftigten hingegen in den Gebietskörperschaften LKR Main-Tauber-Kreis (109,8%; Abbildung 4), LKR Karlsruhe (99,0%), LKR Zollernalbkreis (86,2%), LKR Ortenaukreis (94,8%). Hier liegen das Durchschnittsalter und die Pflegequote ebenfalls über dem Landesdurchschnitt.

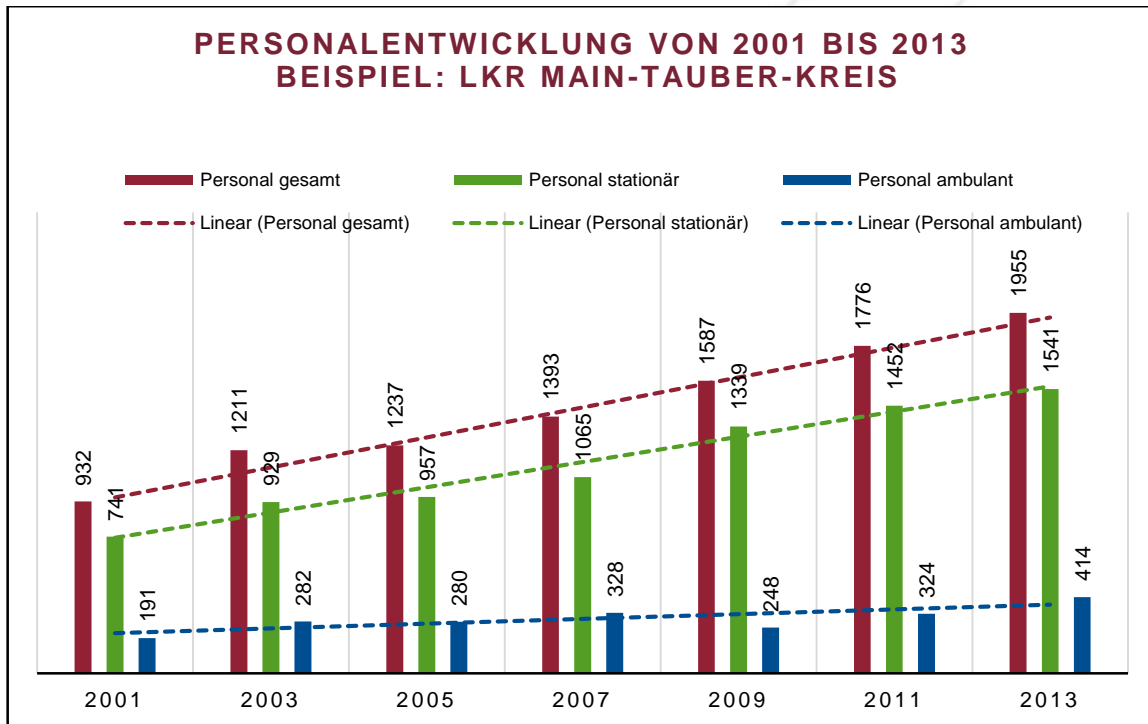


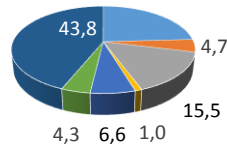
Abbildung 15: Personalentwicklung im Main-Tauber-Kreis von 2001 bis 2013 nach Versorgungsform
Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW

Die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen nach der Statistik des Landesamtes Baden-Württemberg sowie die Prognosen für die Zeit bis zum Jahr 2030 auf der Basis der Daten des Pflegereports 2030 der Bertelsmann-Stiftung wird für die einzelnen Landkreise im Anhang gesondert und im Detail dargestellt.

Verteilung des Personals nach Berufsgruppen in der stationären und ambulanten Pflege in Baden-Württemberg

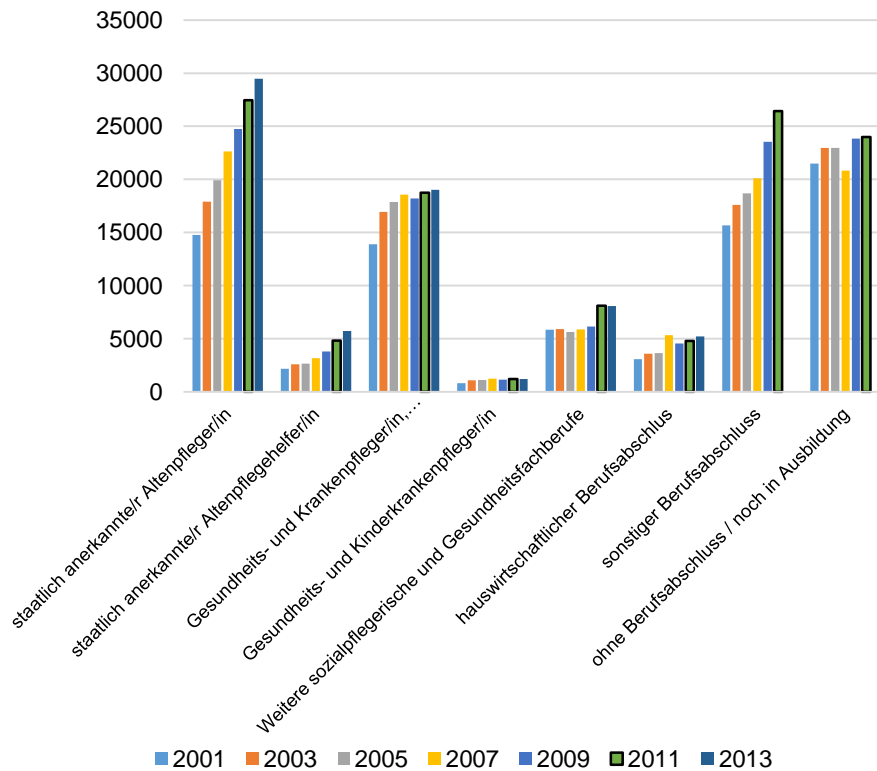
Die Verteilung der Berufsgruppen in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen stellt sich 2013 wie folgt dar.

Verteilung der Berufsgruppen - Personal gesamt BW 2013



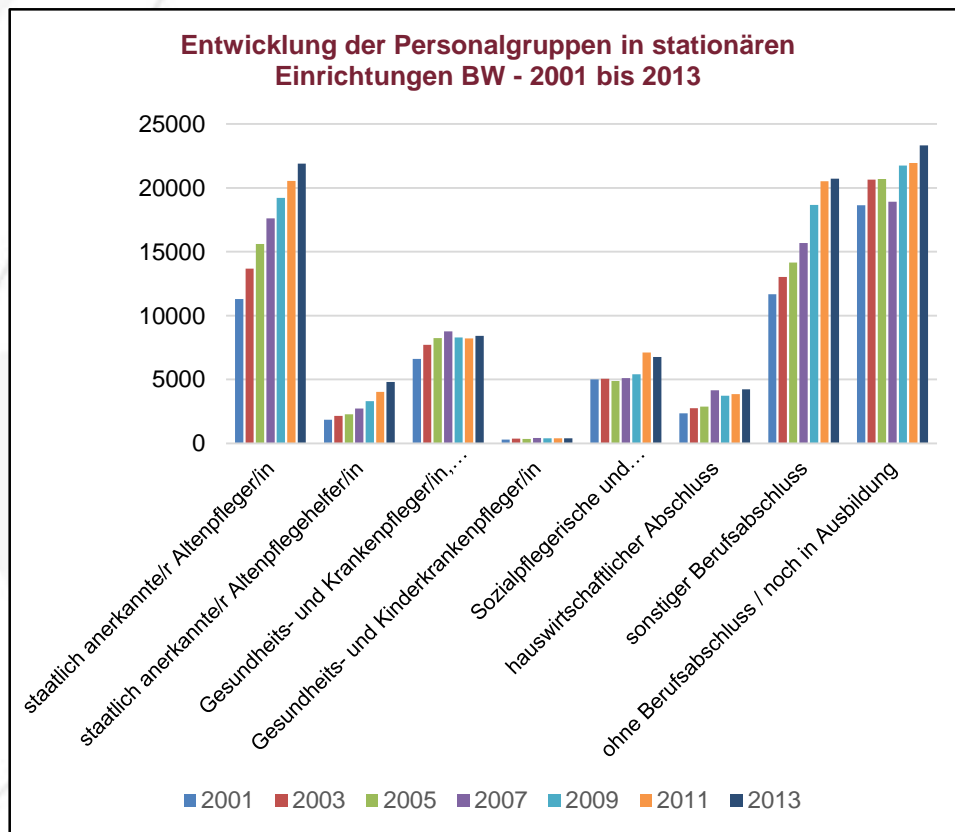
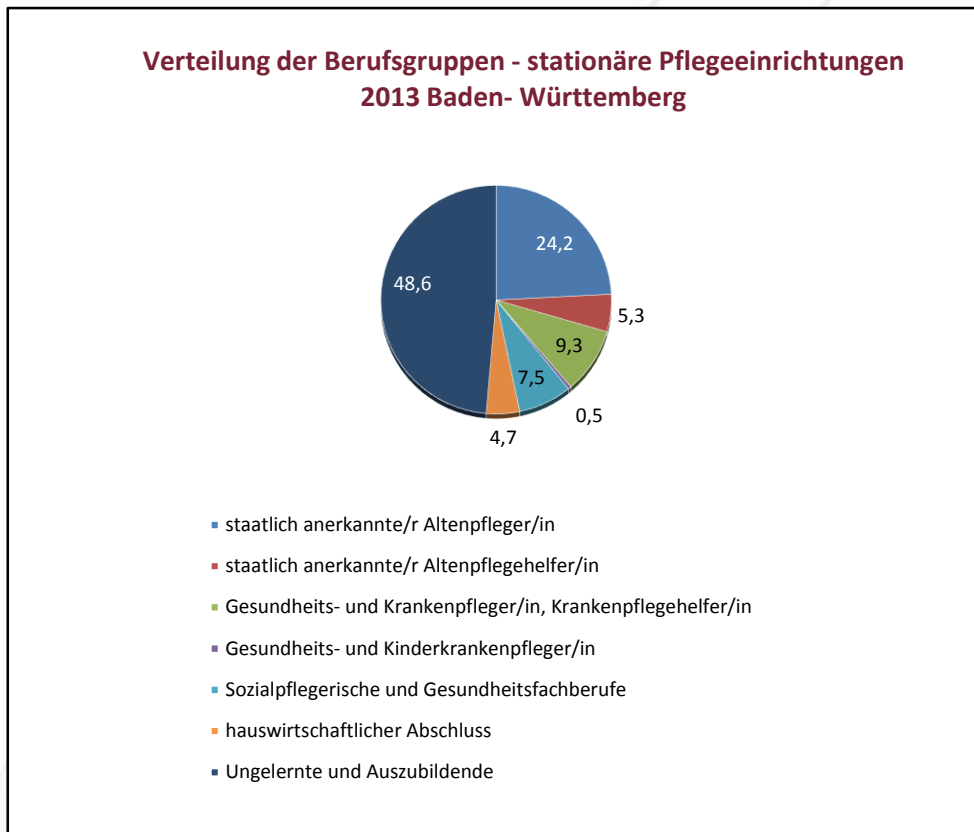
- staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in
- staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
- Sozialpflegerische und Gesundheitsfachberufe
- hauswirtschaftlicher Abschluss
- sonstiger Berufsabschluss und ohne

Entwicklung der Personalgruppen gesamt in BW zwischen 2001 und 2013



Abbildungen 16 und 17: Berufsgruppen in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen - BW 2013 - Eigene Darstellung auf Basis der Daten des Sta-La BW

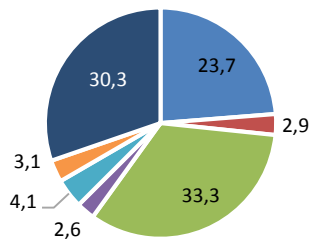
Die folgende Grafik zeigt die Verteilung in den stationären Einrichtungen:



Abbildungen 18 und 19: Berufsgruppen – Stationäre Einrichtungen – BW 2013
Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW

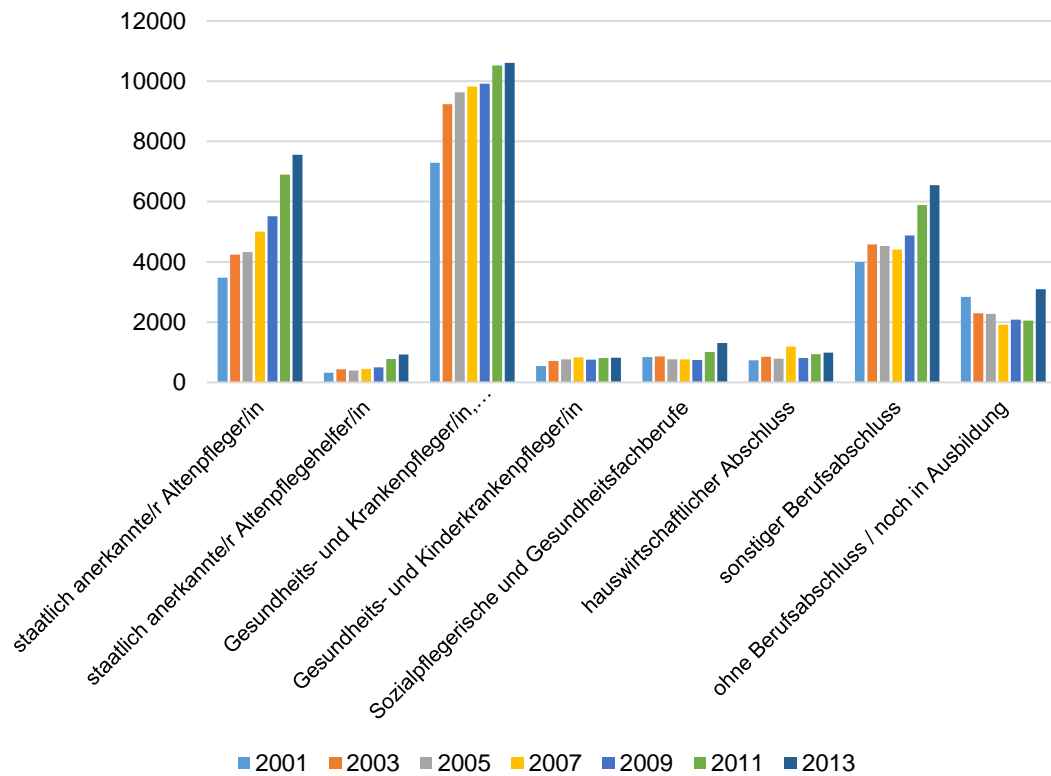
Im ambulanten Bereich stellt sich die Verteilung wie folgt dar:

**Verteilung der Berufsgruppen - ambulante Pflegedienste
2013- Baden-Württemberg**



- staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in
- staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
- Sozialpflegerische und Gesundheitsfachberufe
- hauswirtschaftlicher Abschluss
- Ungelernte und Auszubildende

**Entwicklung der Personalgruppen in ambulanten
Einrichtungen BW 2001 bis 2013**



Abbildungen 20 und 21: Berufsgruppen – Ambulante Pflegedienste – BW 2013
Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW

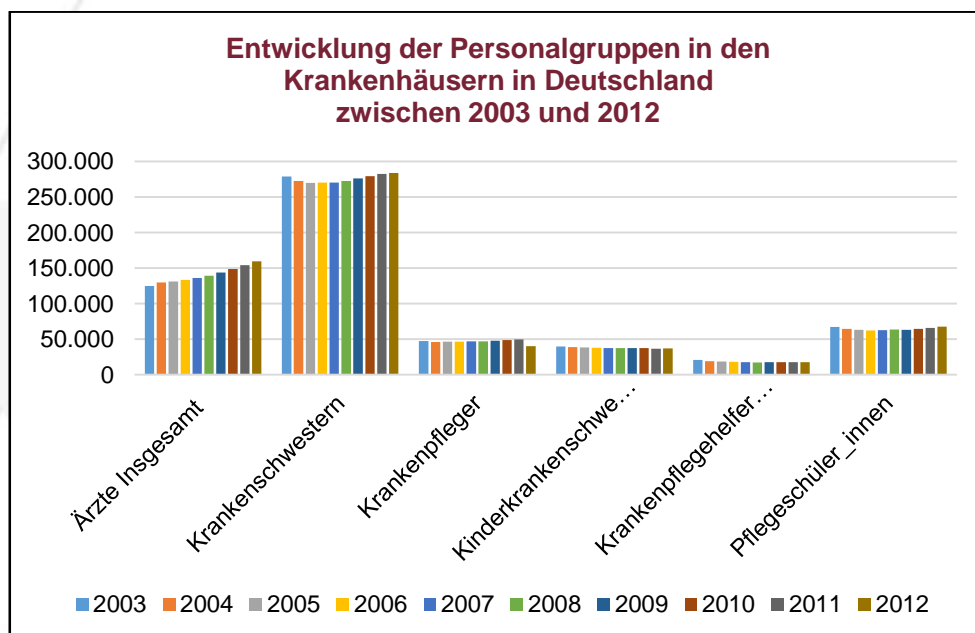
Entwicklung des Pflegepersonals in den Krankenhäusern

Bundesweit zeigen die „Pflegethermometer“ des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) Entwicklungstrends in der Krankenhauspflege auf, die ergänzend zu den amtlichen Statistiken gesehen werden (vgl. Isfort et al., 2010; S.12). Das Pfelethermometer 2009 wurde auf der Grundlage einer bundesweiten Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus erstellt. Diese Untersuchung zeigt, dass in den Jahren 1996 bis 2008 in der Krankenhauspflege ein Stellenabbau in der Größenordnung von 14,2% erfolgte, das heißt, jede siebte Stelle wurde abgebaut. Gleichzeitig ergibt sich eine Erhöhung des Arbeitsaufwandes für die Pflegekräfte, weil sich die durchschnittlichen Verweildauern verkürzen und gleichzeitig die Zahl der behandelten Patienten von 1995 bis 2008 kontinuierlich ansteigen. In den Jahren 2007 bis 2009 steigerte sich die Pflegekraft-Patienten-Relation von 59 auf 61,5 Fälle pro Pflegekraft (vgl. Isfort et al. 2010; S.5ff.). Der Personalabbau bei gleichzeitiger Erhöhung der Pflegekraft-Patienten-Relation wurde laut Pfelethermometer 2009 unter anderem durch Überstunden und Erhöhung der Arbeitsbelastung kompensiert (vgl. Isfort et al., 2010; S.8-11).

Personalgruppen D	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ärzte Insgesamt	124.984	129.817	131115	133649	136267	139294	143967	148696	154244	159764
Krankenschwestern	278824	272528	270077	270328	270652	272918	276459	279524	282738	283927
Krankenpfleger	47378	46366	46615	46561	46967	47131	47878	48835	49725	40147
Kinderkrankenschwestern/-pfleger	39875	38949	38466	38078	37789	37615	37557	37471	36900	37304
Krankenpflegehelfer(innen)	21055	19322	18515	18160	17538	17508	17713	17806	17576	17647
Pflegeschüler(innen)	67186	64701	63374	62557	62939	63829	63416	64824	66056	67881

73

Tabelle 10: Personalgruppen in Krankenhäusern in Deutschland



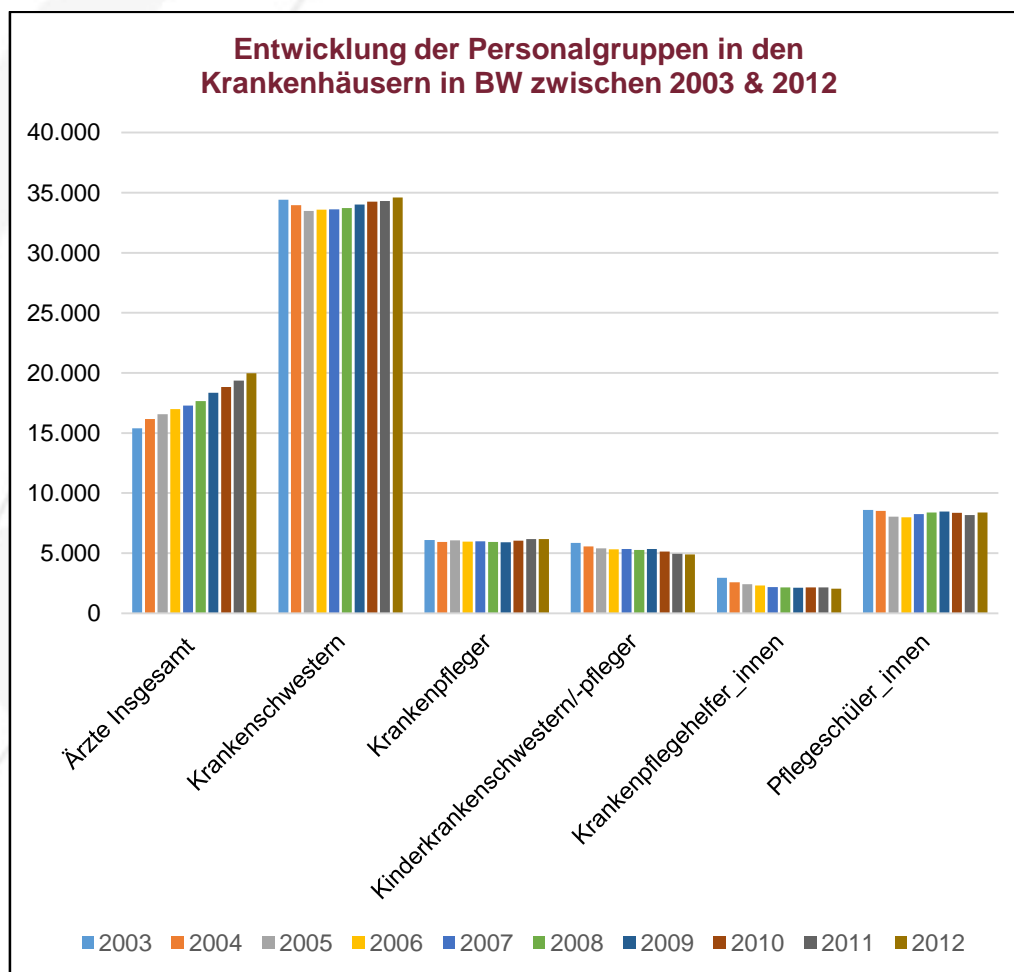
Abbildungen 22 und 23: Entwicklung der Personalzahlen in Krankenhäusern in Deutschland 2003 - 2012

Entwicklung der Personalzahlen in Krankenhäusern in Baden-Württemberg

Gemäß den Daten der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (bwkg) kann für die Krankenhäuser in Baden-Württemberg festgestellt werden, dass die Personalzahlen für die Gesundheits- und Krankenpfleger(innen) leicht ansteigen, während die Zahlen der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen) und der Krankenpflegehelfer(innen) im Zeitraum von 2003-2012 zurückgehen (bwkg 2014).

Personalgruppen BW	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ärzte Insgesamt	15.381	16161	16556	16983	17275	17641	18355	18832	19363	19977
Krankenschwestern	34411	33968	33486	33574	33602	33723	34013	34258	34315	34597
Krankenpfleger	6080	5935	6070	5955	5985	5941	5901	6043	6164	6182
Kinderkrankenschwestern/-pfleger	5852	5552	5385	5319	5338	5255	5352	5134	4949	4879
Krankenpflegehelfer_innen	2936	2560	2414	2315	2172	2135	2120	2137	2137	2036
Pflegeschüler_innen	8604	8521	8030	7973	8259	8393	8451	8342	8161	8380

Tabelle 11: Personalgruppen in Krankenhäusern in BaWü



Abbildungen 24 und 25: Entwicklung der Personalzahlen in Krankenhäusern in Baden-Württemberg 2003 - 2012

Personalgruppen	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	D	BW	D	BW	D	BW	D	BW	D	BW	D	BW	D	BW	D	BW	D	BW	D	BW
Ärzte insgesamt (ohne AIP, Zahnärzte)	124.984	15.381	129.817	16.161	131.115	16.556	133.649	16.983	136.267	17.275	139.294	17.641	143.967	18.355	148.696	18.832	154.244	19.363	159.764	19.977
Gebietsärzte (hauptamtl. Ärzte mit abgeschl. Weiterbildung)	67.763	8.334	68.614	8.494	69.512	8.575	71.759	8.806	72.734	9.000	74.245	9.034	77.290	9.523	80.196	9.995	83.502	10.395	86.643	10.789
Leitende Ärzte	12.167	1.462	12.197	1.465	12.137	1.456	12.304	1.456	12.374	1.498	12.460	1.436	12.658	1.436	13.065	1.498	13.396	1.580	13.607	1.630
Belegärzte	6.498	806	6.598	834	6.442	804	6.334	776	6.435	782	6.234	762	6.168	814	6.010	727	6.072	810	5.879	756
Krankenschwestern	278.824	34.411	272.528	33.968	270.077	33.486	270.328	33.574	270.652	33.602	272.918	33.723	276.459	34.013	279.524	34.258	282.738	34.315	283.927	34.597
Krankenpfleger	47.378	6.080	46.366	5.995	46.615	6.070	46.561	5.955	46.967	5.985	47.131	5.941	47.878	5.901	48.835	6.043	49.725	6.164	40.147	6.182
Kinder-/Krankenschwestern/- pfleger	39.875	5.852	38.949	5.552	38.466	5.385	38.078	5.319	37.789	5.338	37.615	5.255	37.557	5.352	37.471	5.134	36.900	4.949	37.304	4.879
Krankenpflegehelfer (innen)	21.055	2.936	19.322	2.560	18.515	2.414	18.160	2.315	17.538	2.172	17.508	2.135	17.713	2.120	17.806	2.137	17.576	2.137	17.647	2.036
Kinder-/Krankenpflege- schüler(innen)	67.186	8.604	64.701	8.521	63.374	8.030	62.557	7.973	62.939	8.259	63.829	8.393	63.416	8.451	64.824	8.342	66.056	8.161	67.881	8.380
Beschäftigte insgesamt *)	1.097.865	146.964	1.073.204	143.693	1.064.419	142.347	1.065.863	142.840	1.068.820	142.049	1.079.574	144.766	1.097.913	147.076	1.112.959	148.984	1.130.555	149.049	1.147.956	150.334

Tabelle 12: Entwicklung der Personalzahlen in Krankenhäusern
in D und in BW im Vergleich. Quelle: <http://www.bwkg.de> (2014) am 02.07.15

Entwicklung der Fallzahlen pro Personalkategorie in Krankenhäusern in Baden-Württemberg

Der leicht positive Trend im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege bleibt jedoch deutlich hinter dem Zuwachs der Personalzahlen im ärztlichen Bereich zurück. Darüber hinaus kann die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen in den Pflegeberufen die Anforderungen, die sich aus den Fallzahlenerhöhungen in den Krankenhäusern ergeben, nicht auffangen. Hier ergeben sich deutliche Zuwächse an Fallzahlen, die seit 2004 pro Pflegekraft versorgt werden müssen und die eindeutige Hinweise auf eine zunehmende Arbeitsverdichtung bzw. -belastung im Bereich der Krankenhauspflege geben: Erhöhung der Fallzahl pro Pflegefachperson um ca. 9% in 8 Jahren hin, wobei eine deutliche Erhöhung zwischen 2005 und 2006 (Einführung der DRG 2004) stattgefunden hat. In der gleichen Zeitspanne hat sich die Fallzahl bei den Ärzten um 10% reduziert.

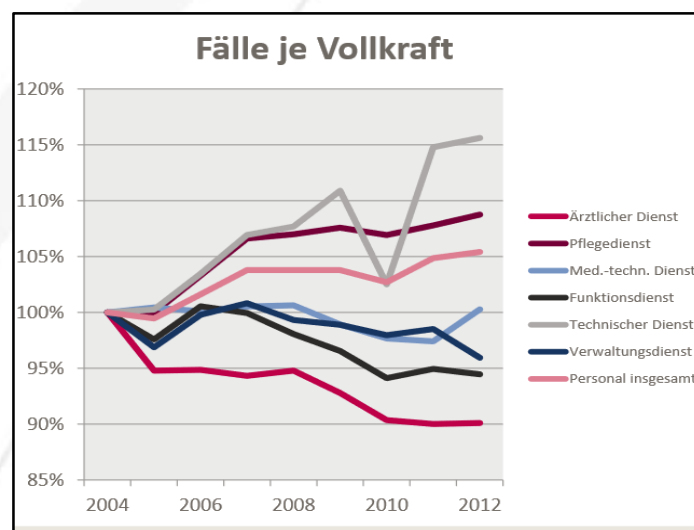


Abbildung 26: Entwicklung der Fallzahlen pro Personalkategorie in Krankenhäusern in Baden-Württemberg
Quelle: <http://www.bwkg.de> (2014) am 2.07.15

76



Zunehmende Arbeitsverdichtung bzw. -belastung im Bereich der Krankenhauspflege - zusätzlich verstärkt durch den deutlich gestiegenen Altersdurchschnitt der Patienten mit meist erhöhtem Pflegebedarf

Entwicklung der Fälle in Krankenhäusern insgesamt nach Alter in Baden-Württemberg

Die Situation der Pflegekräfte verschärft sich durch die Altersentwicklung der Behandlungsfälle in den Krankenhäusern. Die Gruppe der über 75-jährigen Patient(innen) steigt besonders stark an, wobei gerade diese Patienten Klientel meist einen erhöhten Pflegebedarf aufweist.

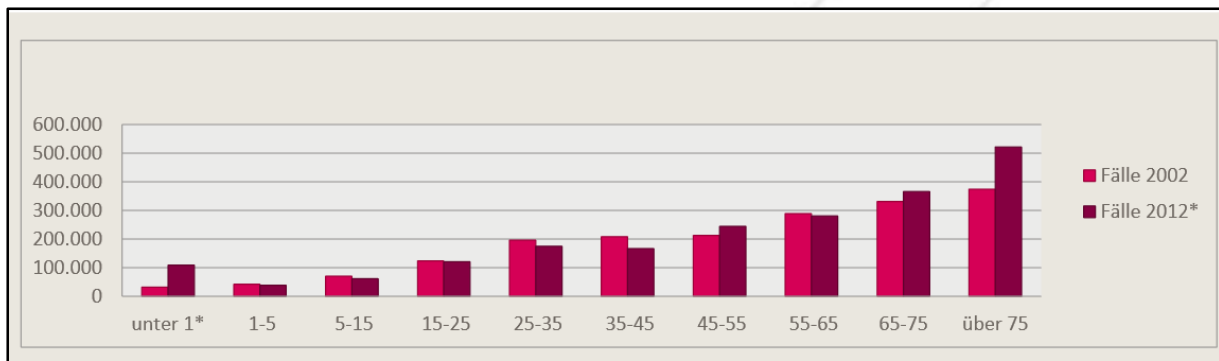


Abbildung 27: Entwicklung der Fälle in Krankenhäusern insgesamt nach Alter in Baden-Württemberg
Quelle: <http://www.bwkg.de> (2014) am 2.07.15

Anteil an ausländischem Personal

Angesichts der demografischen Entwicklung und des hohen Bedarfs an Pflegekräften greifen zahlreiche EU-Staaten auf ausländische Arbeitskräfte zurück, um den Personalmangel in der Pflege zu lindern. In Deutschland und Skandinavien geschieht dies durch die offizielle Rekrutierung von Migrant(innen). In einigen Mittelmeerstaaten (und teilweise auch in Österreich und Deutschland) werden Migrant(innen) auch von Familien auf informellem Weg als Haushaltshilfen bzw. Pflegepersonen für ältere Angehörige angeworben (siehe 2.5). In Deutschland wurden administrative Veränderungen vorgenommen, um Pflegepersonal auch aus Nicht-EU-Staaten ins Land zu bringen. Mit Bosnien, Tunesien, Serbien und den Philippinen wurden Arbeitsabkommen unterzeichnet, und Modellprogramme mit Tunesien, Vietnam und China für die Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal aus diesen Staaten wurden initiiert (Europäische Kommission 2013).

Gemäß den Erhebungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat Baden-Württemberg mit einem Anteil von 8,5% im Ländervergleich den zweithöchsten Anteil an ausländischem Pflegepersonal (vgl. Braesecke et al., 2014, S.12/13).

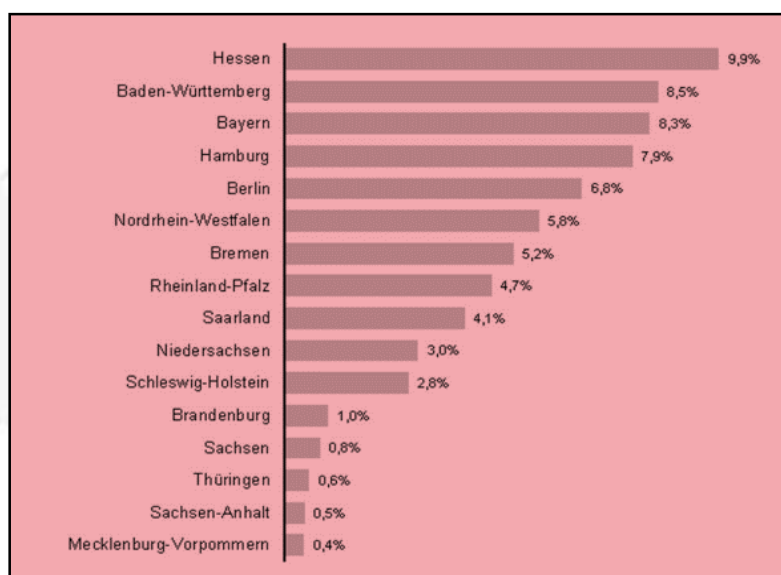


Abbildung 28: Verteilung ausländischer Pflegekräfte nach Bundesländer aus Braesecke et al., 2014, S. 12; nach Daten der Bundesagentur für Arbeit (2013)

Die Hauptherkunftsländer ausländischer Pflegekräfte in Baden-Württemberg sind Kroatien, Türkei und Polen. Die meisten ausländischen Pflegekräfte werden in Einrichtungen der Altenpflege beschäftigt (vgl. Braesecke et al., 2014, S.12/13).

Bundesland	Herkunftsland Top 1	Herkunftsland Top 2	Herkunftsland Top 3
Hessen	Polen	Türkei	Kroatien
Baden-Württemberg	Kroatien	Türkei	Polen
Bayern	Kroatien	Polen	Bosnien-Herzegowina
Hamburg	Türkei	Polen	Russische Föderation
Berlin	Polen	Türkei	Russische Föderation
Nordrhein-Westfalen	Türkei	Polen	Italien
Bremen	Polen	Türkei	Russische Föderation
Rheinland-Pfalz	Polen	Türkei	Kroatien
Saarland	Frankreich	Italien	Polen
Niedersachsen	Polen	Türkei	Russische Föderation
Schleswig-Holstein	Polen	Türkei	Russische Föderation
Brandenburg	Polen	Ukraine	Russische Föderation
Sachsen	Russische Föderation	Ukraine	Polen
Thüringen	Polen	Russische Föderation	Lettland
Sachsen-Anhalt	Russische Föderation	Ukraine	Kasachstan
Mecklenburg-Vorpommern	Russische Föderation	Polen	Ukraine
Deutschland	Polen	Türkei	Kroatien

Abbildung 29: Hauptherkunftsländern ausländischer Pflegekräften in den Bundesländern aus Braesecke et al., 2014, S.12 nach Daten der Bundesagentur für Arbeit von 2013

78



Baden-Württemberg hat mit einem Anteil von 8,5% im Ländervergleich den zweithöchsten Anteil an ausländischem Pflegepersonal, Tendenz steigend.

Der hohe Anteil von ausländischen Pflegekräften im Ländervergleich verweist auf besondere Anforderungen an Pflegefachpersonen, die die Begleitung und Anleitung sowie Überprüfung von Beschäftigten mit geringen Sprachkenntnissen zu übernehmen haben. Es entstehen Risiken durch sprachliche Missverständnisse. Deshalb besteht die Forderung, ein Mindestsprachniveau festzulegen. Der bpa fordert vor diesem Hintergrund, am Sprachtest B2 festzuhalten und die Anforderungen keinesfalls auf ein niedrigeres Niveau festzulegen.

Hier entsteht ein neuer Bedarf an spezifische Qualifikationsmaßnahme. Es geht um praxisnahe Sprachkurse, aber auch um spezifische Qualifikationsmaßnahmen, die kulturelle Kompetenz vermitteln. Dies ist besonders bedeutsam im Kontext von Biografiearbeit und der Begleitung älterer Menschen bei der Lebensgestaltung.

Bedeutsam erscheint auch die Frage, wo das ausländische Pflegepersonal ausgebildet wurde bzw. welchem Niveau die Pflegeausbildung im Herkunftsland entspricht. In der EU sind Pflegeausbildungen in der Regel im EQR 6 verortet, d.h. Studium mit einem generalistischen Berufsprofil. Nachdem es (noch keine) Entsprechung in der BRD (BRD DQR 4 – berufliche



Ausbildung) gibt, entsteht unter Umständen ein divergierendes Berufsverständnis. In der Folge wird Deutschland für Pflegefachpersonen aus der EU (wie z.B. aus Spanien) eher unattraktiv. Es ist also keine tragfähige Option auf Pflegefachkräfte aus dem europäischen Ausland zu setzen, um den Mangel an gut ausgebildeten Pflegekräften in Deutschland auszugleichen.



2.4 Prognosen und Entwicklungen - Bedarf an Pflegekräften bis zum Jahr 2030

Frage 2.4 der Enquete-Kommission

Wie wird sich der Bedarf an Pflegefachkräften und an allen sonstigen Beschäftigten im Bereich der Pflege, auch mit besonderem Blick auf die Langzeitpflege, hochgerechnet auf die Anzahl der Pflegebedürftigen auf Grundlage der bisherigen Personalschlüssel bis zum Jahr 2030 entwickeln?

Differenziert nach:

- Art der Fachkräfte
- Qualifikationsniveaus

Alle Studien und Hochrechnungen zum zukünftigen Bedarf an Pflegefachkräften weisen auf einen eklatanten Pflegefachkraftmangel in den nächsten Jahren hin (siehe u.a. Presseheft 1/2012 Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Ostwald et al., 2010). Im Themenreport „Pflege 2030“ der Bertelsmann-Stiftung werden die entstehenden Versorgungslücken den drei Zukunftsszenarien zu möglichen Entwicklungen in der Pflege gegenübergestellt (Ausführliche Erläuterungen dazu siehe Kapitel 1 des Gutachtens). Analog zu den drei Szenarien zeigen sich jeweils sehr unterschiedliche Versorgungslücken bei Pflegekräften in unterschiedlichen Bereichen, dies jeweils ausgehend von den Zahlen im Jahr 2009, hochgerechnet auf das Jahr 2030. Für das Land Baden-Württemberg zeigt sich ganz deutlich, dass die Ausrichtung der Pflegepolitik - also die Frage, ob künftig stark auf stationäre Versorgung gesetzt wird oder ob ambulante, eher familienorientierte und wohnortnahe Formen bevorzugt gefördert werden - die Versorgungslücken in der Pflege sehr maßgeblich beeinflussen können.

Baden-Württemberg gesamt

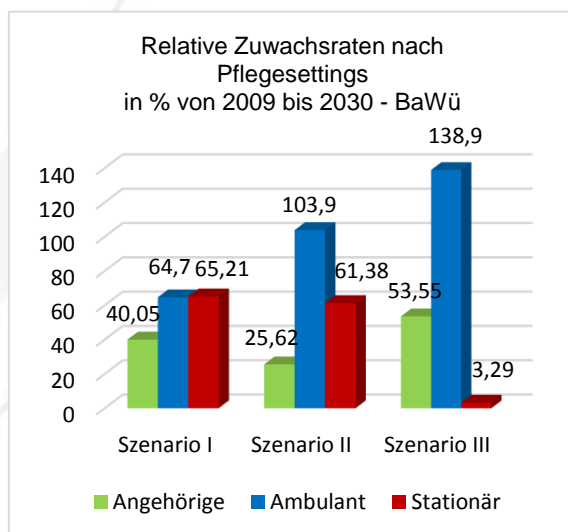


Abbildung 30: Relative Zuwachsraten nach Pflegesettings in % von 2009 bis 2030 in Baden-Württemberg. Eigene Darstellung nach Datenmaterial Bertelsmann Stiftung Pflegeprognose 2030

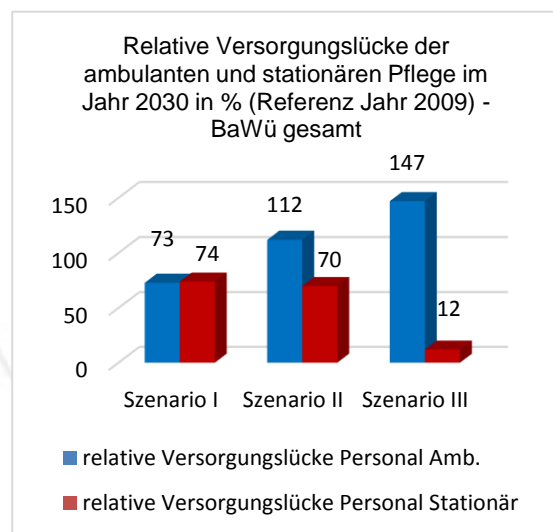


Abbildung 31: Relative Versorgungslücke der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in % (Referenzjahr 2009) Baden-Württemberg gesamt. Eigene Darstellung nach Datenmaterial Bertelsmann

Die Weichenstellungen auf Landesebene, aber auch auf der Ebene der Gebietskörperschaften, die in diesem Kontext augenblicklich bzw. in naher Zukunft erfolgen müssen, sollten vor diesem Hintergrund stärker ins politische Bewusstsein gerückt werden. Es geht darum, die sozialpolitische Zielorientierung in der Pflegepolitik klar zu benennen und sich damit zu entsprechenden Zukunftsszenarien zu bekennen. Wenn zur Sicherung der Pflege vor allem auf eine wachsende Zahl von stationären Pflegeplätzen gesetzt wird (Szenario 2) muss parallel eine tragfähige Strategie entwickelt werden, wie Pflegefachkräfte die Fachkraftquote im stationären Bereich auch künftig sichern können. Hier zeigt sich die größte Lücke und hier sind viele Pflegeheime in Baden-Württemberg schon heute am Limit. Die Situation in den Krankenhäusern des Landes ist ähnlich prekär (vgl. 2.3).

Wird eher auf das Szenario 3 gesetzt, verschiebt sich die Versorgungslücke auf den ambulanten Bereich. Allerdings sind hier, im Sinne eines Pflegemix oder Hilfe-Mix, größere Spielräume gegeben, weil über Modelle der Kooperation vorhandene Fachkraftkompetenzen mit denen des bürgerschaftlich getragenen Engagements, des semiprofessionellen Bereichs und mit der Angehörigenpflege verknüpft werden können. Das Szenario 3 repräsentiert also ein kommunales Modell, das auf ein solidarisches Miteinander der Generationen und auf sozialräumlich verankerte Versorgungsstrukturen setzt, im Sinne einer *Lokalen Verantwortungsgemeinschaft* oder *Sorgenden Kommune*. (Kricheldorf et. al. 2015b und Kricheldorf 2013)

Das bedeutet aber auch, dass pflegende Angehörige und nachbarschaftlich bzw. sozialräumlich orientierte Pflegenetzwerke stärker gefördert und unterstützt werden müssen. Diese Ausrichtung muss als politischer Wille auch in entsprechenden Förder- und Finanzierungsrichtlinien erkennbar werden, um die Kommunen und Landkreise des Landes Baden-Württemberg mit auf diesen Weg zu nehmen. Im Rahmen des Landesmodellprojekts „Pflegemix in Lokalen Verantwortungsgemeinschaften“ wurden 4 Kommunen in Baden-Württemberg – die Stadt Freiburg, die Gemeinde Denzlingen (LKR Emmendingen), die Gemeinde Umkirch (LKR Breisgau-Hochschwarzwald) und die Gemeinde Gutach im Schwarzwald (Ortenaukreis) – dabei begleitet, erste Schritte auf diesem Weg zu gehen. Im Ergebnis entstand das Handbuch für Kommunen (Kricheldorf et. al 2015a), das als Download online unter

http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Pflegemix_Handbuch_2015.pdf

und auch als Druckexemplar beim Sozialministerium Baden-Württemberg erhältlich ist.

Wie sich die jeweilige Versorgungslücke, auf der Basis der drei Szenarien, für alle Landkreise in Baden-Württemberg darstellt, wird über entsprechende Darstellungen im Anhang abgebildet. Dass es dabei doch auch erhebliche Unterschiede gibt, wird an der exemplarischen Darstellung von zwei Kreisen deutlich – dem Stadtkreis Stuttgart und dem Rems-Murr-Kreis – die sich deutlich unterscheidende Entwicklungsprognose aufweisen. Dies kann auch als typischer Unterschied zwischen den Städten Baden-Württembergs und den eher ländlich strukturierten Kreisen gesehen werden.

SKR Stuttgart

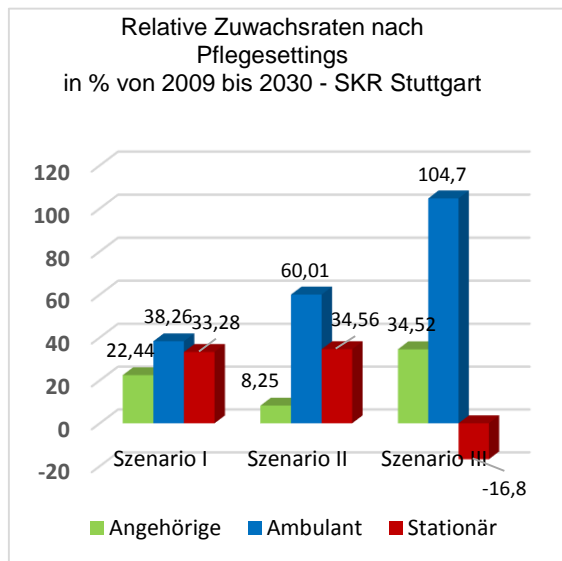


Abbildung 32: Relative Zuwachsraten nach Pflegesetting in % von 2009 bis 2030 - SKR Stuttgart

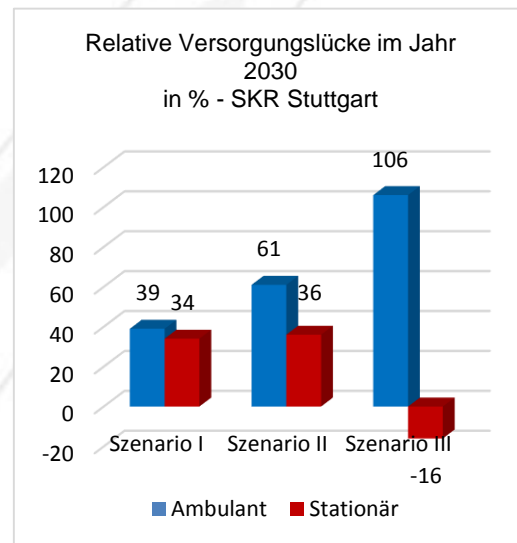


Abbildung 33: Relative Zuwachsraten der Pflegebedürftigkeit nach Pflegeformen in % von 2009 bis 2030 - SKR Stuttgart

Rems-Murr-Kreis

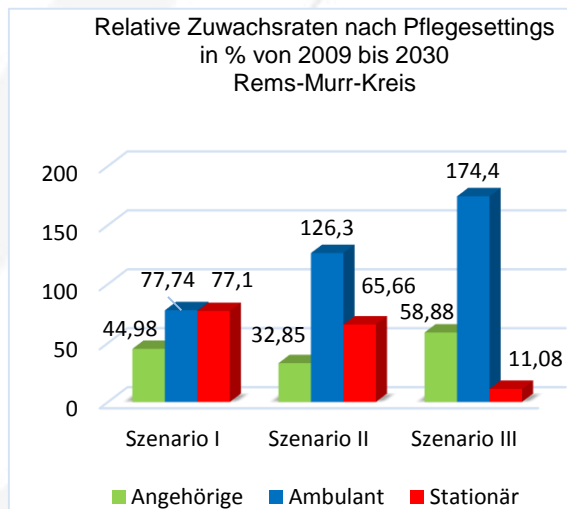


Abbildung 34: Relative Zuwachsraten nach Pflegesettings von 2009 bis 2030 - Rems-Murr-Kreis

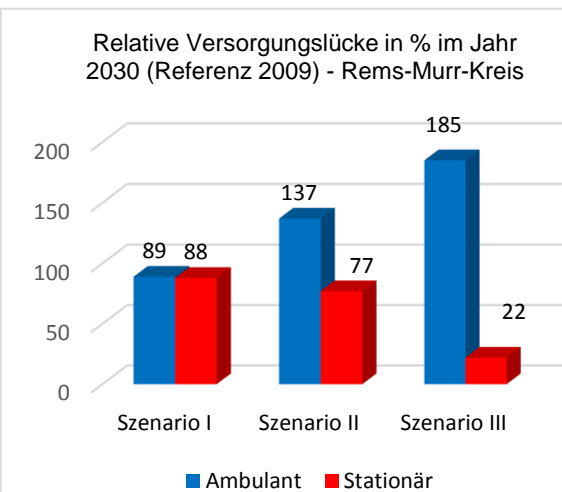


Abbildung 35: Relative Versorgungslücke in % im Jahr 2030 (Referenz 2009) - Rems-Murr-Kreis

Das Ausmaß der Versorgungslücke ist abhängig von folgenden Faktoren:

- der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und damit unter anderem auch von der demografischen Entwicklung auf Kreisebene,
- der in Anspruch genommenen Versorgungsart bzw. der Wahl des Pflegesetting (ambulant bzw. stationär nach Szenarien),
- der Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials (d.h. erwerbsfähige Bevölkerung im Alter von 19 bis 64 Jahren) (vgl. auch Rothgang et al., 2012, S. 51/52).

Wird das aktuelle Verhältnis von Pflegebedürftigen zu Beschäftigten in der Pflege zugrunde gelegt und einfach weiter hochgerechnet – das entspricht dem Szenario 1 - würde der Bedarf an Beschäftigten bis 2030 bundesweit um mehrere Hunderttausend Vollzeitäquivalente steigen (vgl. Rothgang et al., 2012, S.63). Für Baden-Württemberg würde die Personallücke bei Fortführung der bisherigen Verteilung der Versorgungsarten im Jahr 2030 insgesamt 28.700 Vollzeitkräfte betragen.

Zur Verringerung dieser Versorgungslücke werden verschiedene Lösungsstrategien vorgeschlagen (vgl. Ostwald et al., 2010, S.71/72; Rothgang et al., 2012, S.79; Kricheldorf et al. 2015):

- Ausbau der ambulanten Versorgung
- Reduktion des Anteils an stationärer Versorgung
- flächendeckende Versorgung, durch medizinische und pflegerische Versorgungszentren
- Kleinräumige, wohnortnahe Versorgungskonzepte im Sinne eines Pflegemix
- Stärkung und Stützung der Angehörigenpflege
- Förderung des zivilgesellschaftlichen Engagements
- Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs
- Innovative Gestaltung der Personalplanung im Pflegebereich
- Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Pflegenden bis zum Rentenalter
- gezielte Zuwanderungspolitik

Auch in den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes werden Lösungswege des absehbaren Pflegepersonalmanagements thematisiert. Afentakis und Maier sehen die Förderung der Attraktivität der Pflegeberufe als einen möglichen Weg und weisen besonders auf das Potential der weiblichen Arbeitskräfte hin, wenn es gelänge, die Vereinbarkeit von Familie und Pflegeberuf zu stärken (vgl. Afentakis und Maier, 2010, S.1001).



Eine Pflegepolitik, die sich an den skizzierten Zukunftsszenarien bewusst orientiert und ihre Förderpraxis danach ausrichtet, kann der sich deutlich abzeichnenden Versorgungslücke in der Pflege besser begegnen!

2.5 Personalmix – Betreuungskräfte im Verhältnis zu Pflegefachkräften

Frage 2.5 der Enquete-Kommission

Wie hoch ist die Anzahl der Betreuungskräfte in Abgrenzung zu Pflegefachkräften in Baden-Württemberg?

Differenziert nach:

- Anstellung bei einem Haushalt
- Anstellung bei einem Unternehmen
- Selbständige Betreuungskraft

Wie hoch ist die Anzahl der Betreuungskräfte einzuschätzen, die in diesen Verhältnissen ohne Einhaltung der Arbeits- und Sozialversicherungsvorschriften oder ordnungsgemäße steuerliche Erfassung tätig sind?

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und des abnehmenden Familienpflegepotenzials steigt der Bedarf an Unterstützung bei der pflegerischen Versorgung und der Erledigung notwendiger Arbeiten in Privathaushalten. Dies führt auch zu einer erhöhten Nachfrage nach alternativen Versorgungsangeboten, die es den Betroffenen ermöglichen, auch bei zunehmendem Unterstützungsbedarf zu Hause bleiben zu können. Solche Leistungen werden auch in Form so genannter „haushaltsnaher Dienstleistungen“ bzw. als „Betreuungskräfte“ in Privathaushalten angeboten. Antworten auf strukturell bedingte Versorgungslücken bei der häuslichen Pflege und Betreuung sind meist individuelle Problemlösungen, bei denen Privathaushalte auf Versorgungsangebote auf einem - zu weiten Teilen prekären - Arbeitsmarkt zurückgreifen. Es wird vermutet, dass es sich im Bereich der nicht angemeldeten Beschäftigung vornehmlich um Frauen aus osteuropäischen Mitgliedsstaaten der EU handelt, die insbesondere im Bereich der zeitintensiven Versorgung pflegebedürftiger Menschen, vielfach auch ohne Arbeits- und ohne Aufenthaltserlaubnis tätig werden. Die Arbeits- und Lebensbedingungen sind in Folge dieser doppelten Illegalität häufig als besonders misslich zu bezeichnen. Der Beschäftigungssektor Privathaushalt wird auch aus Sicht der Bundesregierung aufgrund der hohen Zahl der nicht angemeldeten und dadurch ungeschützten Arbeitsverhältnisse als „schwarz-grau-melierter, deregulierter und prekärer Arbeitsmarkt“ (BMFSFJ 2006, S. 92) eingeschätzt (Böning/ Steffen 2014; Gottschall/Schwarzkopf 2010; Institut der Deutschen Wirtschaft Köln 2009).

Der Pflegesektor in Deutschland ist ein bislang in den volkswirtschaftlichen Daten nicht eindeutig abgegrenzter Wirtschaftszweig, sondern im wesentlichen Bestandteil des Gesundheits- und Sozialwesens und umfasst alle Einrichtungen und Dienstleister, die überwiegend oder in größerem Umfang pflegerische Tätigkeiten anbieten bzw. ausführen. Trotz der zunehmenden Bedeutung von Einrichtungen der professionellen Pflege werden in Deutschland Pflege- und Betreuungsleistungen weiterhin zu einem großen Teil auch durch Familienangehörige und ehrenamtlich Tätige erbracht. Darüber hinaus spielen im Bereich Pflege und Betreuung Haushaltshilfen eine beachtliche Rolle. Ihre Zahl wird auf mindestens 100.000 Personen geschätzt (Neuhaus et al. 2009), während andere Quellen von bis zu

300.000 Personen ausgehen (Böning/ Steffen 2014). Werden alle Erbringer pflegerischer Leistungen zusammengenommen, sind in Deutschland somit mindestens sechs Millionen Menschen in die Pflege kranker und älterer Menschen involviert (Bonin et al. 2015).

Stand 2011	
Professionell Pflegende	1.524.000
Sonstige Pflegende:	
Familienangehörige	4.090.000
Haushalthilfen	> 100.000
Ehrenamtlich Tätige	450.000
Gesamtzahl	6.164.000

Tabelle 13: Übersicht zur Zahl der Pflege leistenden Personen in Deutschland
Bonin et al. 2015, S. 14

Das Arbeitsfeld und die Qualifikation von Betreuungskräften sind nicht eindeutig definiert. Hier ist davon auszugehen, dass die in den Statistiken erwähnten Haushalthilfen ebenfalls in der Pflege und Betreuung eingesetzt werden und somit zu weiten Teilen den Betreuungskräften zugerechnet werden.

Neben der Beschäftigung in Privathaushalten werden Betreuungskräfte auch im Kontext der stationären Pflege eingesetzt. Im Bereich der Qualifikation von Betreuungskräften existieren eine Vielzahl von trägerspezifischen Angeboten mit unterschiedlichen Bezeichnungen wie Pflegeassistenz, Alltagsbegleitung, Pflegehelfer etc. In Baden-Württemberg gibt es zwei Möglichkeiten der Qualifizierung zur Betreuungskraft:

1. Eine Ausbildung zur „zusätzlichen Betreuungskraft“ nach §87b SGB XI. Diese Qualifizierung umfasst mindestens ein Orientierungspraktikum im Umfang von 40 Stunden vor Beginn der Bildungsmaßnahme, die aus mindestens 160 Unterrichtsstunden und einem zweiwöchigen Betreuungspraktikum besteht. (vgl. GKV-Spitzenverband 2015)
2. Eine zweijährige Ausbildung zum/ zur staatlich anerkannten AlltagsbetreuerIn, die 2009 an öffentlichen Pflegeschulen eingerichtet wurde.

Laut Statistischem Bundesamt waren bundesweit zum Ende des Jahres 2011 ca. **24.500 Personen als Betreuungskräfte nach §87b SGB XI** beschäftigt, das entspricht vier Prozent der Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen (vgl. GKV-Spitzenverband 2015). In den Veröffentlichungen des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg konnte zu den Betreuungskräften nach §87b SGB XI keine Beschäftigtenzahl gefunden werden.

Überblick über die Anstellungsmöglichkeiten einer Betreuungskraft in Privathaushalten

In der Literatur werden die Begriffe „Betreuungskräfte in Privathaushalten“ oder der Begriff der „Haushaltshilfe“ „mittel- und osteuropäische Haushaltshilfen“ (moH), „Live-In“ weitgehend synonym verwendet. Die sogenannte Live-in-Situation ist durch eine Rund-um-die-Uhr-Beschäftigung im Haushalt der Pflegebedürftigen und auch dadurch gekennzeichnet, dass sowohl die Arbeitszeiten als auch die Aufgaben unregelmäßig sind. Auch eine klare Trennung zwischen Beschäftigung, Bereitschafts- und Freizeit ist nicht vorhanden, sondern eher verschwommen. Wird nicht nur die Arbeitszeit berechnet, in denen die Frauen Pflege- und Haushaltstätigkeit verrichten, sondern werden auch Bereitschaftszeiten einbezogen, beträgt der Stundenlohn zwischen 70 Cent und 2 Euro (Emunds/ Schacher 2012).

Drei Hauptvarianten von Beschäftigungsverhältnissen in Privathaushalten lassen sich unterscheiden:

1. Unmittelbare Einstellung im Haushalt

In diesem Fall tritt die pflegebedürftige Person selbst oder ein Angehöriger als Arbeitgeber in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis auf. Die Vermittlung kommt entweder über die Bundesagentur für Arbeit (ZAV) oder über alle anderen Wege der Arbeitssuche in Deutschland zustande. Das deutsche Arbeitsrecht findet auf dieses Arbeitsverhältnis unmittelbar Anwendung. (vgl. Böning/Steffen 2014, S.15, 22).

2. Entsendung

Nach EU-Entsenderichtlinie 96/71/EG ist eine sogenannte Werkvertragsentsendung zum zeitlich begrenzten Einsatz von Arbeitnehmern durch ihre Arbeitgeber im Hoheitsgebiet eines anderen Mitgliedsstaates möglich. Konkret heißt das, die Betreuung wird von einer in Deutschland ansässigen sogenannten Pflegevermittlungsagentur angeboten. Diese Agentur hat einen Kooperationspartner, vor allem in Osteuropa. Die Betreuungskraft ist angestellt bei einem Unternehmen ihres Herkunftslandes und wird von diesem zur Auftragserfüllung nach Deutschland gesendet. Damit sind sowohl Pflegebedürftige als auch Angehörige frei von Arbeitgeberrisiken. Im Falle einer Erkrankung oder sonstigen Ausfällen wird die Betreuungskraft auf Kosten des Vermittlers ersetzt. (vgl. Böning/Steffen, 2014, S.17 und 21)

Das nachfolgende Schaubild verdeutlicht die komplexen Sachverhalte.

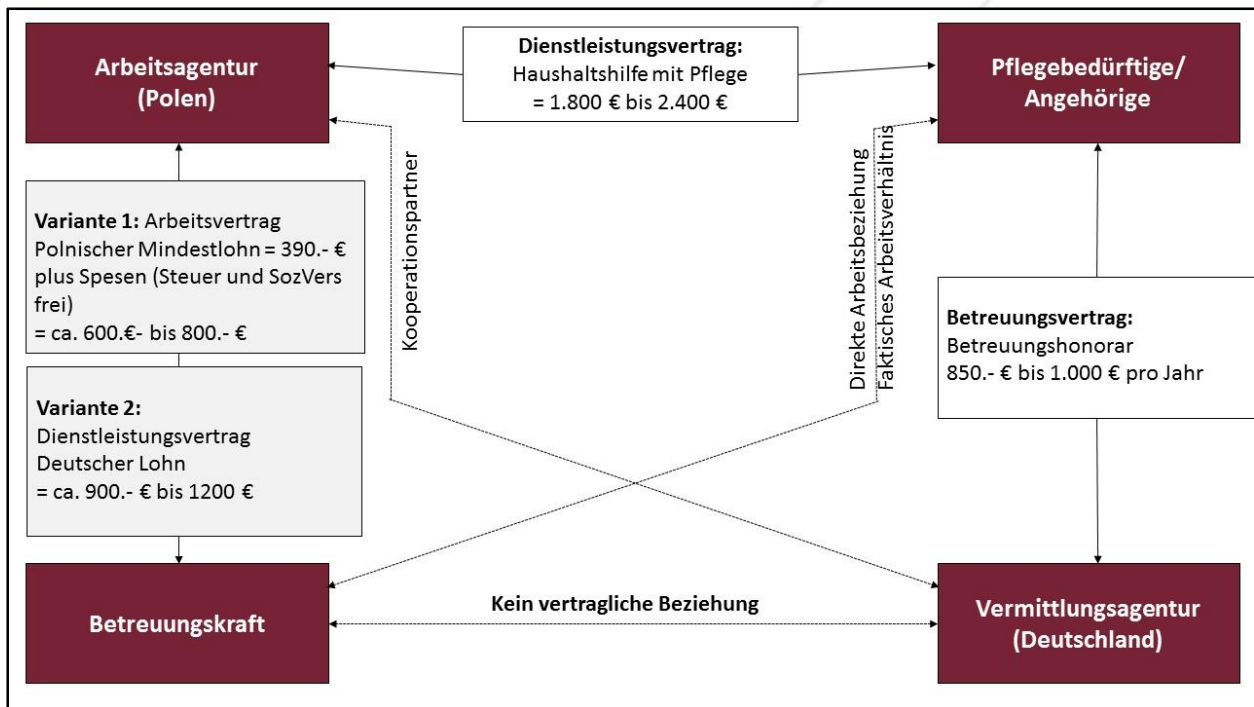


Abbildung 36: Vermittlungssystem in der häuslichen Pflege
Nach Böning/Steffen, 2014, S.22

3. Grenzüberschreitend selbstständig Tätige in Privathaushalten

Bei dieser Variante können Betreuer(innen) in Privathaushalten ein Gewerbe sowohl in Deutschland als auch in ihrem Herkunftsland anmelden und arbeiten als Selbstständige (vgl. Böning/Steffen, 2014, S. 19).

Problematisierung der Umsetzungspraxis

Die Betreuung älterer Menschen in Privathaushalten, die sogenannte „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“, „24-Stunden-Pflege“ etc. gerät immer wieder, meist durch Presseberichte, ins Schlaglicht der Öffentlichkeit (vgl. z.B. Badische Zeitung vom 9.4.2015). Im Bereich der Haushalte älterer und alten Menschen hat sich in Deutschland ein grauer Arbeitsmarkt für haushalts- und personenbezogene Dienstleistungen entwickelt. Dieser Markt wird in Baden-Württemberg vor allem aus Arbeitskräften osteuropäischer EU-Mitgliedsstaaten gespeist und entwickelt sich unter anderem deswegen, weil der Bedarf vom regulären Markt der ambulanten Dienste nicht gedeckt werden kann (vgl. Böning/Steffen, 2014, S. 19f).

Da es sich aber auch, zumindest in Teilbereichen, um nicht angemeldete Beschäftigungsverhältnisse handelt, ist eine genaue Zahl der Betreuungskräfte in Privathaushalten in Deutschland nicht verfügbar. In einer Umfrage des Deutschen Institutes für Pflegeforschung wurde eine Anzahl von 100.000 mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen in Privathaushalten ermittelt (vgl. Neuhaus/Isfort/Weidner, 2009, S.9). 2014 schätzte die Gewerkschaft Ver.di im Rahmen einer Studie die Zahl bundesweit beschäftigter Migrant(inn)en in Privathaushalten auf 115.000 - 300.000 (vgl. Böning/Steffen, 2014, S.11).

Gesicherte Zahlen für Baden-Württemberg sind bisher nicht verfügbar. Vor allem im ländlichen Raum muss aber davon ausgegangen werden, dass die Zahlen noch über dem Bundesdurchschnitt liegen.

Die Zahl von mindestens 100.000 Live-ins für Deutschland konnte im Rahmen des Projekts „Pflege und Migration. Mittel- und Osteuropäische Haushaltshilfen“¹ (2011-2013) der KH-Freiburg bestätigt werden (Projektleitung N. Schirilla). Aus dieser Studie, bei der 77 Pflegedienste in den Landkreisen Emmendingen und Breisgau-Hochschwarzwald und der Stadt Freiburg befragt wurden, konnten für Baden-Württemberg die Zahlen von ca. 3.920 mittel- und osteuropäische Haushaltshilfen (moH) ermittelt werden. Diese Zahl wurde für Pflegebedürftige errechnet, die im Sinne von Kombileistungen, gleichzeitig auch von einem ambulanten Pflegedienst versorgt werden. Da mittel- und osteuropäische Haushaltshilfen jedoch vor allem in der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen tätig sind, die Geldleistungen aus der Pflegeversicherung beziehen, kann etwa von zusätzlichen 9.000 moHs ausgegangen werden. Insgesamt wären nach dieser Modellrechnung knapp 13.000 moHs in der häuslichen Versorgung von Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg tätig (vgl. Kiekert/Schirilla 2013).

Hochrechnung der Ergebnisse auf	Hochgerechnete Anzahl mittel- und osteuropäischer Haushaltshilfen (moHs) in Haushalten mit Pflegebedürftigen		
	moHs bei Pflegebedürftigen mit zusätzlicher Tätigkeit ambulanter Pflegedienst	moHs bei Pflegebedürftige ohne amb. Pflegedienst	moHs bei Pflegebedürftigen insgesamt
<ul style="list-style-type: none"> • Stadt Freiburg; • Landkreis Breisgau/Hochschwarzwald • Landkreis Emmendingen 	272	627	899
• Baden-Württemberg	3.918	9.024	12.942
• Deutschland	43.585	91.403	134.988

Tabelle 14: Mittel- und osteuropäische Haushaltshilfen (moHs) in Haushalten mit Pflegebedürftigen.

Quellen: eigene Erhebung, eigene Berechnung, unter Einbeziehung von Angaben des Stat. Landesamtes Baden-Württemberg (2013) und des Statistischen Bundesamtes Deutschland (2013)

Da es sich in diesem Bereich um ein großes Dunkelfeld handelt, sind nicht sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, die als Betreuungs- und Haushaltshilfen tätig sind, nicht erfassbar. Eine realistische Einschätzung des Unterstützungsbedarfs pflegebedürftiger Menschen und der Lage von Betreuungskräften in Privathaushalten wäre nach Aussagen des Deutschen Instituts für Pflegeforschung (dip) nur durch regelmäßige Untersuchungen im Rahmen einer Pflegeberichterstattung möglich. Diese müssten über die derzeit zur Verfügung stehenden Pflegestatistiken und Kennzahlen deutlich hinausgehen (vgl. Neuhaus/Isfort/Weidner 2009, S.16).



Nach einer Modellrechnung sind in Baden-Württemberg rund 13.000 Haushaltshilfen aus Mittel- und Osteuropa in der häuslichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen tätig

Um dennoch Aussagen zur Relevanz der Beschäftigung von Betreuungskräften in Privathaushalten treffen zu können, wurde im Rahmen dieses Gutachtens eine telefonische Befragung der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg durchgeführt. Dabei wurde davon ausgegangen, dass diese einen besonders guten Einblick in die Bedarfslagen von pflegebedürftigen Menschen und ihren Familien haben, die sich aus Beratungsanfragen und –anliegen ableiten lassen.

Ergebnisse einer ergänzenden Befragung der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg

Um im Rahmen dieses Gutachtens aktuelle Aussagen auch zur Tätigkeit von Betreuungskräften in Privathaushalten machen zu können, wurde eine Befragung von Pflegestützpunkten durchgeführt, die Art und Umfang des Beratungsbedarfs von Betroffenen zu diesem Thema in den Mittelpunkt stellte. Es handelte sich dabei um eine Vollerhebung unter allen Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg, die mittels eines Kurzfragebogens befragt wurden. Insgesamt wurden 44 Fragebögen verschickt (auf der Homepage der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg sind 48 Pflegestützpunkte aufgeführt, davon sind 4 Pflegestützpunkte regional unterteilt, aber mit gleichen Kontaktadressen und von daher auch mit denselben Ansprechpartnern: <http://www.bw-pflegestuetzpunkt.de>). Der Rücklauf betrug 22 Fragebögen (50%). Die Rücklaufquote, korrespondierend mit den Antworten aus den Pflegestützpunkten, verweist eindeutig darauf, dass es sich um ein hochrelevantes und aktuelles Thema bei der Beratung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen handelt.

1.) Wieviel Prozent Ihrer Anfragen beziehen sich auf das Thema Betreuungskräfte in Privathaushalten?

Insgesamt variiert die Prozentzahl der Anfragen bei den Pflegestützpunkten zum Thema Betreuungskräfte in Privathaushalten zwischen 4 % und „bei fast allen Anfragen“, durchschnittlich beziehen sich 19% der Anfragen darauf.

2.) Welches sind die drei häufigsten Vermittlungsanliegen?

Die häufigsten Vermittlungsanliegen (Auswahl: pflegerische Versorgung, hauswirtschaftliche Tätigkeiten, 24-Stunden-Betreuung, Tagesbetreuung, Nachtbetreuung, Verhinderungspflege,) in den Pflegestützpunkten beziehen sich auf die Bereiche:

- Pflegerische Versorgung
- Hauswirtschaftliche Tätigkeiten
- 24-Stunden-Betreuung

3.) Werden Ihrer Erfahrung nach von Ihren Klienten deutsche oder ausländische Betreuungskräfte gewünscht oder besteht in dieser Hinsicht keinerlei Präferenz?

In den überwiegenden Fällen, so ist die Erfahrung der Mitarbeitenden in den Pflegestützpunkten, werden von den Anfragenden zunächst deutsche Pflegekräfte gewünscht. Allerdings wird auch beschrieben, dass die Herkunft der Betreuungskräfte unwichtig sei, entscheidend seien Sprachkenntnisse bzw. Kommunikationsfähigkeit der

Personen. Dem Wunsch der Pflegebedürftigen und / oder ihrer Angehörigen nach einem Einsatz deutscher Betreuungskräfte kann aufgrund von deren mangelnder Verfügbarkeit und vor allem aus Kostengründen meist nicht entsprochen werden. Mit dem Einsatz von deutschen Pflegekräften – so wird übereinstimmend berichtet – seien zu hohe Kosten verbunden, so dass ihr Einsatz für die meisten Betroffenen nicht erschwinglich sei. Fragen der Finanzierbarkeit von Betreuungsleistungen sind für den Einsatz ausländischer Pflegekräfte ausschlaggebend. Selbst die Anforderung an deutsche Sprachkenntnisse tritt letztlich hinter finanzielle Fragen zurück. Vorrangig ist, es übernimmt überhaupt jemand die (pflegerische) Betreuung. Durch Pflegebedürftige und / oder ihrer Angehörige wird, wenn es um ausländische Betreuungskräfte geht, gezielt nach Pflegekräften aus Osteuropa gefragt.

4.) Wo sehen Sie die größten Herausforderungen im Bereich der Vermittlung und Begleitung von Betreuungskräften in Privathaushalten?

Die Herausforderungen beim Einsatz von Betreuungskräften aus der Sicht der Mitarbeitenden in den Pflegestützpunkten konzentrieren sich einerseits auf die Arbeitsbedingungen der (meist osteuropäischen) Betreuungskräfte und auf Fragen deren Qualifikation sowie auf die Situation der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, wenn es darum geht, geeignete Betreuungskräfte zu finden und zu beschäftigen. In diesen drei Bereichen werden folgende Aspekte genannt:

Pflegebedürftige / Angehörige

- zu wenig bezahlbare Angebote
- wenig Akzeptanz legaler Varianten
- Arbeitgebermodelle für alte Menschen zu kompliziert und aufwändig
- unüberschaubare / intransparente Anbieter (Online-Agenturen)
- fragliche Seriosität der Anbieter
- Passgenauigkeit in der Beziehung zwischen Pflegebedürftigen / Angehörigen und den Betreuungskräften
- kulturelle Differenzen
- hoher Beratungsbedarf (Arbeitsrecht/ Steuerrecht etc.)
- wer hilft / unterstützt bei Problemen?

Arbeitsbedingungen der Betreuungskräfte

- ausbeuterische Arbeitsbedingungen
- fehlende Einhaltung von Arbeitsschutzbestimmungen
- geringe Bezahlung
- illegale Beschäftigung / Schwarzarbeit
- Scheinselbstständigkeit / rechtliche „Grauzonen“
- fehlende Qualitätssicherung / Kontrolle (insb. wenn keine Angehörigen vor Ort sind)
- keine professionelle Begleitung / Anleitung vor Ort

Qualifikation der Betreuungskräfte

- mangelhafte deutsche Sprachkenntnisse
- geringe bis gar keine fachliche Qualifikation insbesondere im Hinblick auf:
 - Versorgung von Menschen mit Demenz
 - grundpflegerische Tätigkeiten (z.B. Körperpflege)
 - seniorenrechtliches Kochen (z.B. Schonkost)
 - deutsches Arbeitsrecht
 - Maßnahmen, die der eigenen Gesundheit dienen (z.B. rückschonendes Arbeiten, psychische Gesundheit, Grenzen der Belastbarkeit kennen)

Die Herausforderungen, die von den Mitarbeitenden der Pflegestützpunkte angeführt werden, verweisen auf hohen Beratungsbedarf insbesondere im Hinblick auf die Arbeitsformen und Bedingungen der (meist ausländischen) Betreuungskräfte. Vielfach ist es weder ihnen noch den Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen möglich, die Seriosität bzw. Legalität von Vermittlungsagenturen zu beurteilen. Auch Fragen der Qualifikation der Betreuungskräfte und von Qualitätskontrollen deren Einsatz bleiben im Dunkeln. Wer ist letztlich zuständig für Fragen der Qualitätssicherung in diesem Bereich? Der oft dringliche Bedarf an (pflegerischer) Betreuung verbunden mit der Anforderung, diese Dienstleistung so kostengünstig wie möglich einzukaufen, führen zu herausfordernden und vielfach prekären Arbeitsbeziehungen sowohl auf Seiten der Betreuungskräfte als auch auf der Seite der Pflegebedürftigen. Dazwischen stehen häufig die Mitarbeitenden der Pflegestützpunkte, die in diesem Zusammenhang nur eingeschränkt (be-)raten und eingreifen können.

5.) Was wäre für Sie als Mitarbeiter(in) im Pflegestützpunkt in diesem Themenbereich unterstützend bzw. hilfreich?

Nach Einschätzung der Mitarbeitenden in den Pflegestützpunkten ist, im Kontext des Einsatzes von Betreuungskräften, die Klärung von Fragen der Qualitätssicherung und -kontrolle vorrangig. Sie fordern einheitliche Qualitätskriterien und -standards (z.B. Prüfsiegel oder eine Form der verpflichtenden Zertifizierung) der Anbieter bzw. Vermittleragenturen. Dazu gehöre in erster Linie eine Transparenz über die Kosten und die tatsächlich mögliche Arbeitszeit der Betreuungskräfte vor dem Hintergrund der Arbeitszeitgesetzgebung. Entsprechend wird ein Werbeverbot von Agenturen, die 24-Stunden-Pflege durch eine Person propagieren, angemahnt. Für die Beurteilung der Qualifikation der Betreuungskräfte selbst sollten standardisierte Kompetenzprofile (Sprachverständnis, Pflegeerfahrung, Aus-/Fortbildung) erarbeitet und angewendet werden. Hilfreich wären für die Beratung in den Pflegestützpunkten sowie für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen eine Übersicht über legale und qualitätsgeprüfte Anbieter sowie Checklisten, aus denen ersichtlich wird, was bei der Beschäftigung von Betreuungskräften von den Anfordernden alles bedacht werden muss. Dafür ist es aus ihrer Sicht auch erforderlich, dass von staatlicher Seite verständliches und eindeutiges Informationsmaterial (z.B. hinsichtlich der Arbeitgebermodelle) zur Verfügung gestellt wird und Hürden, die eine legale Beschäftigung behindern (umständliche, anspruchsvolle Verwaltungstätigkeiten, die für viele alte und hochbetagte Menschen nicht

bewältigbar sind) abgebaut werden. Dazu gehört aus der Sicht der Befragten auch das Schaffen von klaren Rechtslagen (z.B. Entsendemodell) bzw. rechtlichen Vorgaben, die Beschäftigungsverhältnisse im Sinne der Betroffenen legalisieren. Vorstellbar sei die Anerkennung dieser Versorgungsform nach Einzelfallprüfung (Angemessenheit) auch im Rahmen des SGB XI, damit der Wunsch und das Wahlrecht der Pflegebedürftigen anstelle von Sachleistungspflicht zum Tragen kämen. In diesem Zusammenhang wird ein Pflegebudget vorgeschlagen. Insgesamt seien in diesem Versorgungssektor mehr staatliche Kontrollen (es werden speziell die Zollämter genannt) erforderlich.

Für die Betroffenen wünschen sich die Befragten unabhängige Instanzen (z.B. Verbraucherschutzorganisationen), die den Markt beobachten, bewerten und verlässliche Empfehlungen ohne Verkaufsinteressen aussprechen können. Durch sie sollten beispielsweise kostenfreie Hausbesuche durchgeführt werden. Auch Beratungsstellen für Kunden, Anbieter und Beratende (analog zur Fachstelle für ambulant unterstützte Wohnformen) seien geeignet, um die Auswahl der geeigneten Hilfen zu unterstützen. Darüber hinaus wären Erfahrungsberichte und Kontakte zu Familien, in der eine Haushaltshilfe lebt, hilfreich. Damit korrespondierend seien Anlaufstellen für ausländische Betreuungskräfte sowie Beratungsstellen im Bereich „Gewalt in der Pflege“ vonnöten. Eine gute Vernetzung ins Hilfenetz der Kommunen sei in diesem Zusammenhang unterstützend. Neben der Möglichkeit auf (osteuropäische) Betreuungskräfte zurückzugreifen, wünschen sich die Mitarbeitenden in den Pflegestützpunkten Unterstützung bei der Initiierung und Etablierung eigener ergänzender Versorgungskonzepte, um das Angebot an solchen Dienstleistungen zu vergrößern (z.B. ein Pool von Haushaltskräften, die regional eingesetzt werden können, spezielle Angebote für Nachtwachen durch ambulante Pflegedienste). Insgesamt – so wird aus den Ergebnissen dieser Befragung deutlich – sei der gesellschaftlicher Diskurs im Hinblick auf den Umgang mit Menschen, die „unsere alten Eltern pflegen und deren Menschenrechte (Freizeit, gerechte Bezahlung)“ dringend zu intensivieren.

2.6 Verweildauer im Pflegeberuf

Frage 2.6 der Enquete-Kommission

Wie viele Pflegekräfte in Baden-Württemberg brechen ihre Tätigkeit in Pflegeberufen ab und wie lange ist die durchschnittliche Verweildauer von Pflegekräften in dieser Tätigkeit?

Differenziert nach:

- Pflegeeinrichtungen
- Krankenhäusern
- Rehabilitationseinrichtungen
- Verschiedene Berufsfelder der Pflege

Zur Beschreibung der durchschnittlichen beruflichen Verweildauer von Pflegefachpersonen wurde auf verschiedene Studien zurückgegriffen. Dabei fällt auf, dass in diesem Zusammenhang auf Gesamtdeutschland bzw. auf Europa bezogene Daten vorliegen, jedoch keine gesonderten Daten für Baden-Württemberg existieren.

1. Die **NEXT-Studie** (2005) untersuchte Ursachen, Umstände und Folgen des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in Europa. Im Ergebnis zeigten sich folgende Beweggründe für das Verlassen des Pflegeberufs: Arbeitsbelastung (21,3%), private Gründe (21%), berufliche Entwicklungsmöglichkeiten (15,7%), Unzufriedenheit mit der Führung der Einrichtung (12,7%) (vgl. next-uni-wuppertal.de, Zugriff am 24.4.15).
2. **Die Studie des Forschungszentrums Generationenverträge der Universität Freiburg** (2009) in Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), zeigt, dass Pflegekräfte in Deutschland durchschnittlich 8,4 Jahre in ihrem Beruf verbleiben. Sie verdeutlicht, dass besser ausgebildete Personen eine deutlich längere Berufsverweildauer aufweisen als Personen mit geringeren Ausbildungszeiten. So liegt die durchschnittliche Verweilzeit von examinierten Altenpfleger(innen), mit einer Ausbildungszeit von drei Jahren, bei durchschnittlich 12,7 Jahren, während Personen mit geringeren Ausbildungszeiten im Durchschnitt nur 7,9 Jahre im Berufsfeld Pflege blieben. Diese Tendenz zeigt sich auch im Vergleich mit der Gesundheits- und Krankenpflege: Krankenpflegehelfer(innen), mit einer Ausbildungszeit von einem Jahr weisen eine durchschnittliche Verweilzeit von 7,5 Jahren auf, bei Gesundheits- und Krankenpfleger(innen) beträgt die berufliche Verweildauer durchschnittlich 13,7 Jahre.

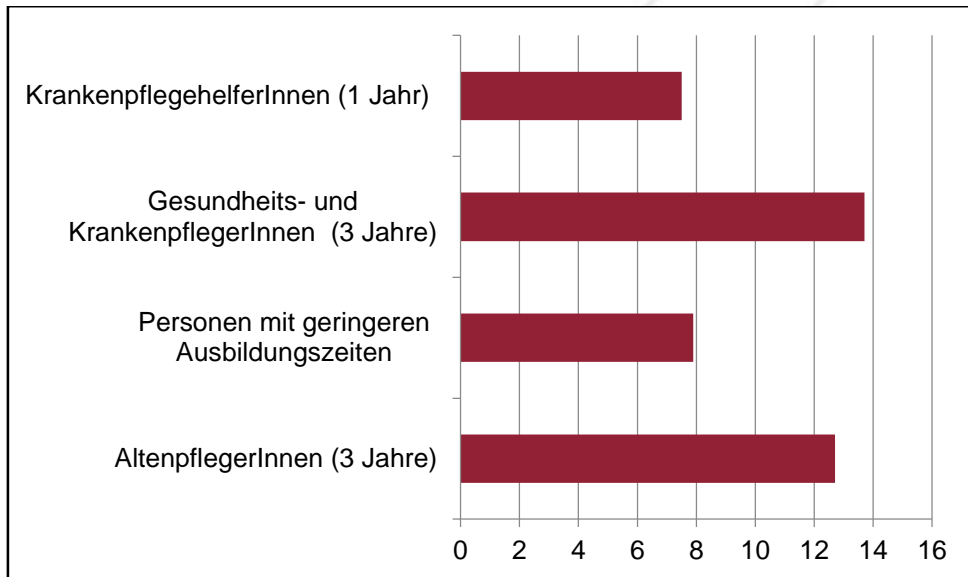


Abbildung 37: Berufsverweildauer von Pflegekräften nach Ausbildungsstand (in Jahren)
Quelle: Hackmann, T. 2009 Arbeitsmarkt Pflege; Eigene Darstellung

Neben der Ausbildungsdauer und den damit in Verbindung stehenden Qualifikationsniveaus, spielt das Alter der Pflegekräfte eine Rolle beim Berufsausstieg. Jüngere Berufseinsteiger(innen) zeigten eine kürzere Verweildauer im Pflegeberuf als ältere Mitarbeiter(innen).

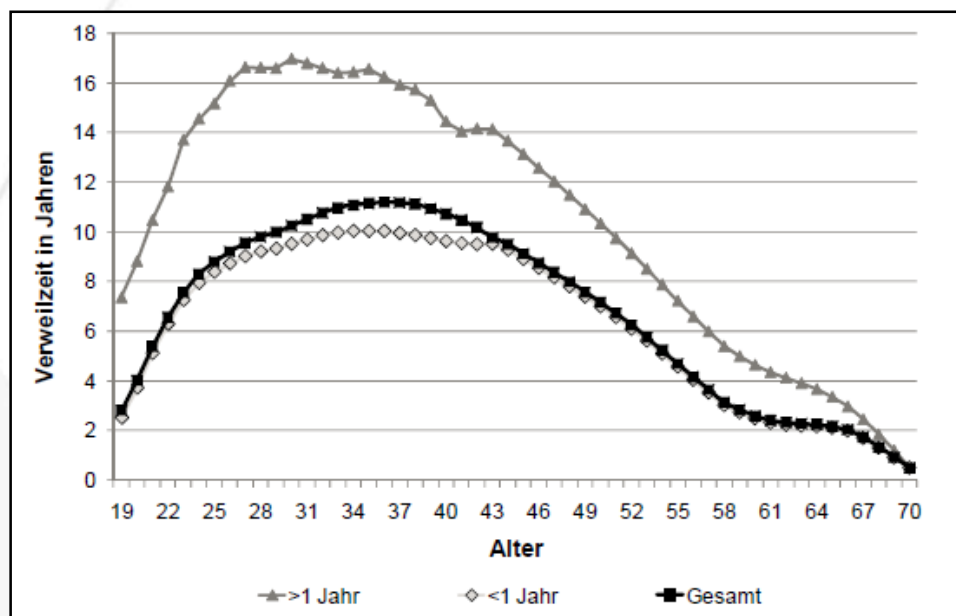


Abbildung 38: Verweildauer weiblicher Altenpflegekräften nach Ausbildungszeit
Quelle: Hackmann, T. 2009 Arbeitsmarkt Pflege, S. 20

Als weiterer Faktor beim Verbleib im Pflegeberuf kann der Tätigkeitsbereich genannt werden: Eine längere Berufsverweildauer der Gesundheits- und Krankenpfleger(innen) wird häufig damit begründet, dass die Tätigkeit nicht allein auf körperlich belastende

pflegerische Tätigkeiten beschränkt sei, sondern auch inhaltlich anspruchsvolle Aufgaben beinhalte.

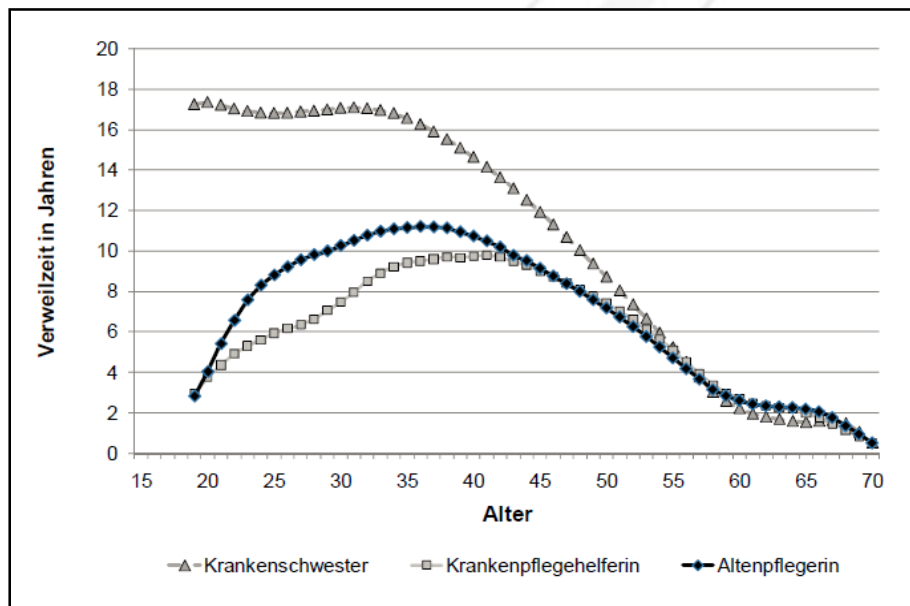


Abbildung 39: Vergleich der Verweildauer

Quelle: Hackmann, T. 2009 Arbeitsmarkt Pflege mit Bezug auf IABS (1975-2004) S. 20

Die Anzahl der Altenpfleger(innen) könnte durch eine Angleichung der Verweildauer der Altenpflegekräfte an die der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, je nach angenommenem Szenario, um weitere 80.000 bzw. 260.000 Personen steigen. Die Nachfrage an professionellen Pflegeleistungen ließe sich somit also nur zu 15 bzw. 48 Prozent befriedigen (vgl. Hackmann, 2009, S.22). Siehe nachfolgende Abbildung:

95

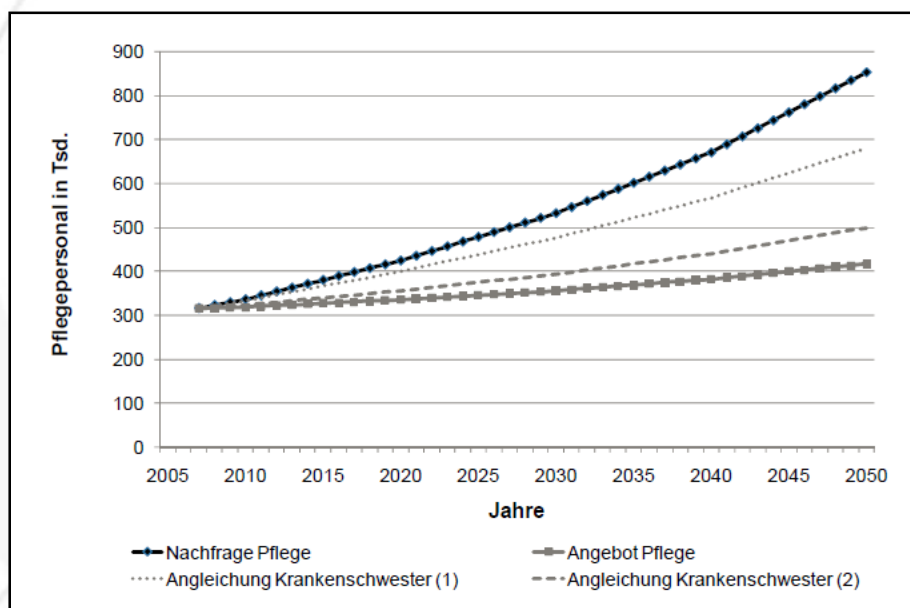


Abbildung 40: Personalentwicklung Pflege mit unterschiedlicher Berufsverweildauer Szenarien 1 & 2

Quelle: Hackmann, T. 2009 Arbeitsmarkt Pflege mit Bezug auf IABS (1975-2004) S. 23

Dieser hohe Wirkungsgrad verdeutlicht die Notwendigkeit einer genauen Analyse und Implementierung von Maßnahmen zur Steigerung der Berufsverweildauer von Altenpflegekräften.



Die Verweildauer im Pflegeberuf steigt mit Dauer und Qualität der Ausbildung - ein deutliches Plädoyer gegen eine Absenkung von Zugangsvoraussetzungen und Qualifikationsniveaus

Das bedeutet, dass mit dem Ausbau von eher niederschweligen Kurzqualifikationen, auf der Stufe von Pflegehelfer(inne)n, eine eher kürzere Verweildauer im Pflegeberuf und ein früher Berufsausstieg verbunden sind.

Neben der Verweildauer von Pflegekräften ließe sich das Pflegeangebot durch die Zunahme an Neueinsteiger im Pflegeberuf über eine Erhöhung der Anzahl an der Ausbildungsplätze, die jedoch an einer Attraktivitätssteigerung des Berufs gekoppelt werden müsste, sicherstellen.

Darüber hinaus sollten vorzeitige Berufsabbrecher(innen) durch gezielte Angebote in den Pflegeberuf zurückgeholt werden (vgl. Hackmann 2009, S.24).

3. Pflege-Thermometer des Deutschen Instituts für Pflegeforschung e.V. (dip) (2009)

96

Die Studie des Deutschen Instituts für Pflegeforschung von 2009 weist auf bestimmte Aspekte hin, die für die Verweildauer der Pflegenden im Beruf und in Deutschland relevant sind.

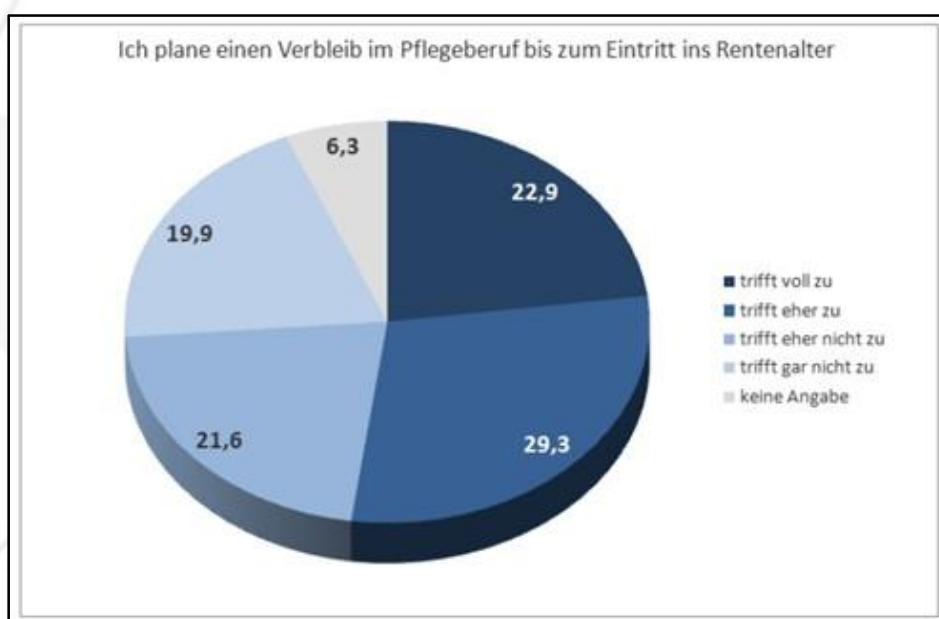


Abbildung 41: Einschätzung zu Berufstätigkeit bis zum Rentenalter © dip 2010 aus Isfort et al., 2010, S.45

Bedenklich erscheint die Tatsache, dass die Pflegenden selbst der Ansicht sind, ihren Beruf nicht bis zum Rentenalter ausüben zu können (vgl. Isfort et al., 2010, S.44). Bereits 2004 stellte Heidi Höppner fest, dass Fragen nach der Gesundheit der Pflegekräfte nach wie vor so betrachtet werden, als würde Nicht-Gesundsein zum Pflegeberuf gehören. Die Thematisierung von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen führe selbst seitens der Pflegenden regelmäßig zu Irritationen: In der Selbstbeschreibung der Pflegenden würden Gesundheitsrisiken substantiell zu den unausweichlichen Grundlagen des Berufes gehören (vgl. Höppner, H. 2004, S. 9) – was in der Folge eine Beschäftigung in der Pflege bis zum Rentenalter undenkbar macht.

Neben dem Ausstieg aus dem Beruf, stellt die Abwanderungen der Pflegenden in andere Länder, in Baden-Württemberg vor allem ins Zielland Schweiz, vor besondere Herausforderungen Jede fünfte im Rahmen des Pflege-Thermometers 2009 befragte Pflegekraft (22,8%) kann sich vorstellen, im Ausland in der Pflege zu arbeiten. Besonders ausgeprägt ist diese Bereitschaft bei den unter 25-jährigen Pflegenden (41,2%) (vgl. Isfort et al., 2010, S.48) - eine Tendenz, die durch die Studie der TU Berlin „Pflege wandert aus“ bestätigt wurde (vgl. www.pflege-wandert-aus.de, mit Bezug auf die RN4cast-Studie 2013– siehe nachfolgende Ausführungen).

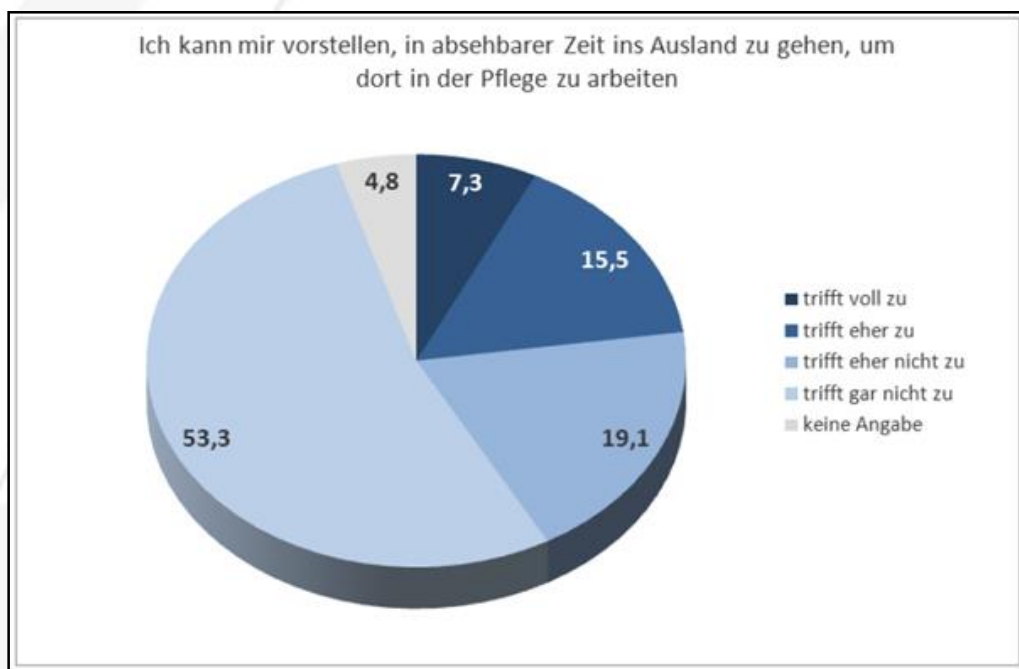


Abbildung 42: Einschätzung zur Arbeit im Ausland © dip 2010
aus Isfort et al., 2010, S.46

Die Abwanderung gut qualifizierter deutscher Pflegekräfte führe, so die Autoren des Pflege-thermometers, zu einer weiteren Schwächung der Pflegekapazität in Deutschland und somit zu einer Verschärfung des Fachkräftemangels. Es müsse mit Nachdruck an den Arbeitsbedingungen gearbeitet werden, die es Pflegenden ermöglichen und attraktiv erscheinen lassen, ihren Beruf in der eigenen Heimat auszuüben (vgl. Isfort et al. 2010, S. 48)

4. **Die internationale Studie RN4Cast** (Registered Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing) untersuchte u.a. die Gründe der Abwanderung aus dem Beruf und aus Deutschland. Folgende Faktoren, die als verantwortlich für Absicht zum Auswandern gelten und die sich auf die Arbeitssituation im Heimatland beziehen, konnten ausgemacht werden:

- hohe Arbeitsbelastung
- begrenzte Entscheidungsbefugnisse
- niedriges Gehalt
- fehlende Anerkennung
- schlechte Zusammenarbeit und Arbeitsklima zwischen Ärzten und Pflegepersonal,
- schlechte Weiterbildungsmöglichkeiten (vgl. RN4Cast, 2013).

Bei dem Wunsch den Beruf zu verlassen bzw. auszuwandern, spielt die Arbeitsbelastung der Pflegenden eine zentrale Rolle. Diese steht in direktem Zusammenhang zur Anzahl der von ihnen zu betreuenden Patient(inn)en oder Bewohner(inn)en. Das Pflegekraft-Patient(inn)enverhältnis in Deutschland liegt mit 1:9,9 weit über dem EU-Durchschnitt von ca. 1:6,6 (schlechter schneiden nur noch Polen und Spanien ab). Dies deutet auf einen hohen Arbeitsdruck und eine daraus resultierende hohe Belastung der Pflegekräfte hin.

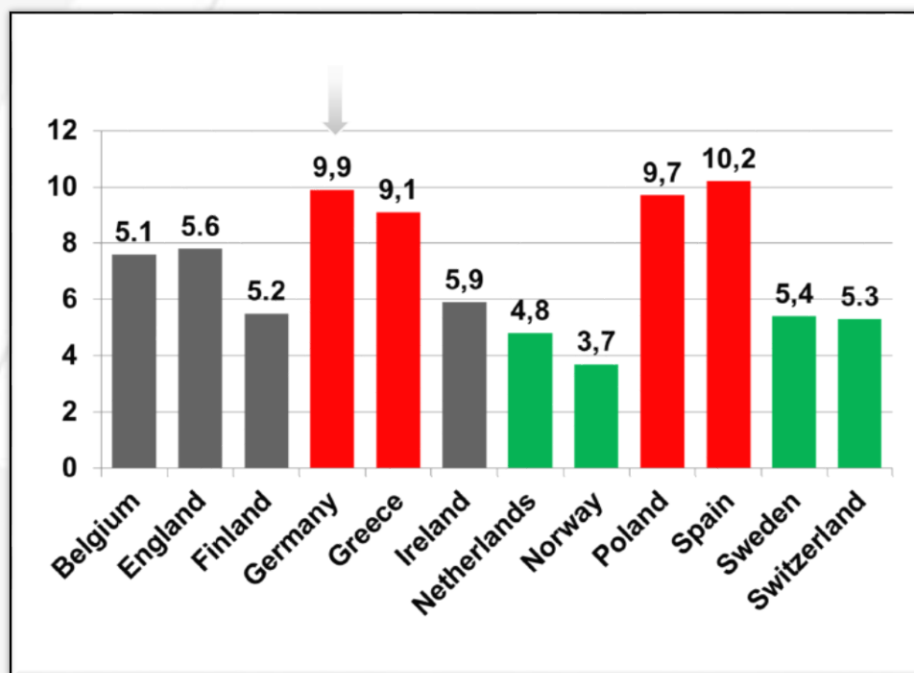


Abbildung 43: Patienten-Pflegekraft Relation
Quelle: Zander, B. 2013 RN4 Cast- CareDate 2013 – Bochum

Auch im Bereich der Arbeitszufriedenheit weist Deutschland besorgniserregende Werte auf: Sind in den RN4Cast-Ländern über 25% der Pflegekräfte mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden, so beträgt diese Zahl bei deutschen Pflegekräften 37,3 %.

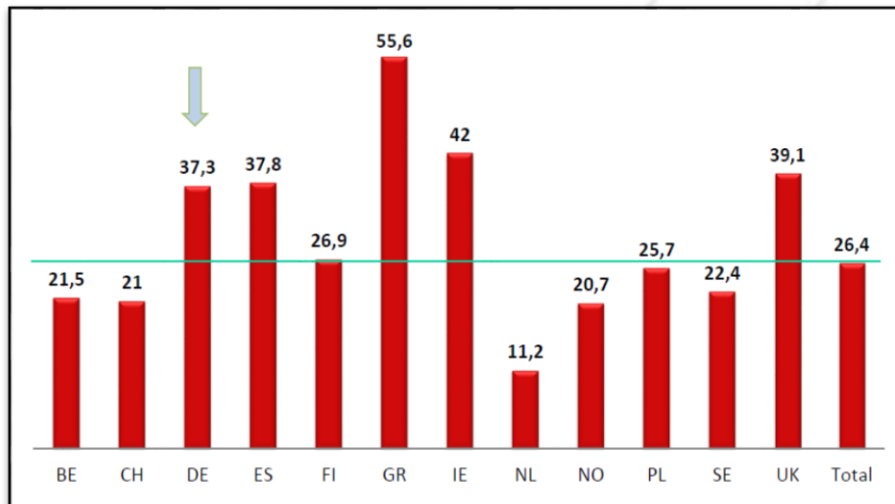


Abbildung 44: Zufriedenheit mit der Arbeitssituation
Quelle: Zander, B. 2013 RN4 Cast- CareDate 2013 – Bochum

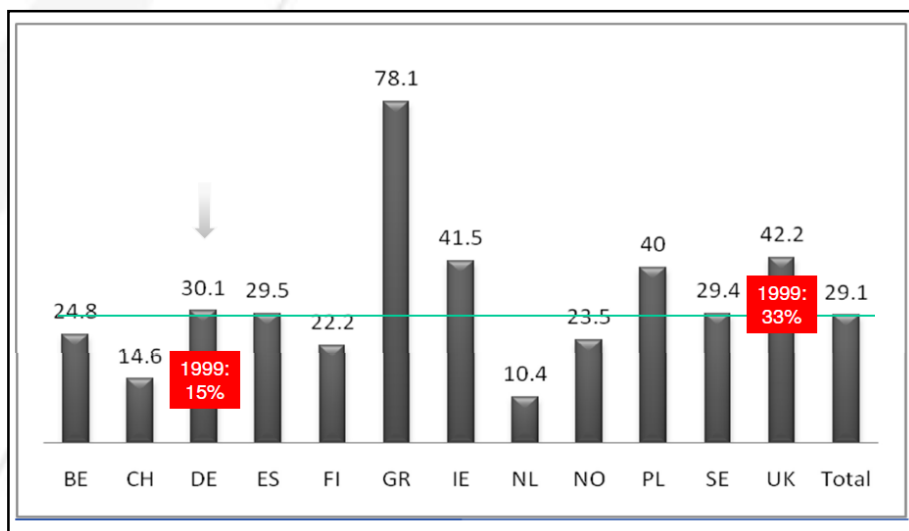


Abbildung 45: Burnout & Emotionale Erschöpfung
Quelle: Zander, B. 2013 RN4 Cast- CareDate 2013 – Bochum

Die Zahl der an Burnout und emotionaler Erschöpfung leidenden Pflegenden ist mit fast 30% im Durchschnitt in den RN4Cast Ländern sehr hoch. Mit 30,1% liegt Deutschland zwar nur leicht über diesem Schnitt. Bedenklich ist jedoch, dass sich diese Zahl seit 1999 verdoppelt hat.



Auf die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und Gesundheit von Pflegekräften – psychisch und physisch - muss stärker geachtet werden, um ihre Berufsfähigkeit länger zu ermöglichen.

Vor dem Hintergrund der Altersentwicklung in den Pflegeberufen und einem insgesamt höheren Bedarf an Pflegekräften in Deutschland sollte stärker darauf geachtet werden, wie die Gesundheit und damit die Arbeitsfähigkeit der Pflegekräfte erhalten werden kann (vgl. Isfort et al. 2010, S.48).

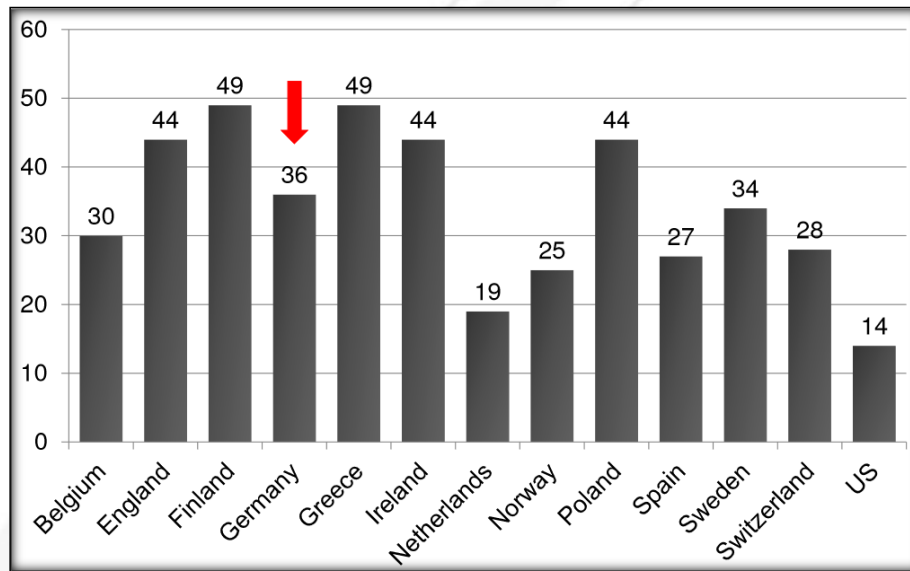


Abbildung 46: "Intent to leave" innerhalb des nächsten Jahres, Quelle: RN4 Cast
http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Hamburg_2015.01.21.rb_RN4Cast-web.pdf, Zugriff am 02.07.15

100

Die Tatsache, dass 36% der im Rahmen der RN4cast-Studie in Deutschland befragten Pflegenden einen Ausstieg aus dem Beruf innerhalb des nächsten Jahres erwägen, zeigt, wie ernst die Situation in Deutschland geworden und wie dringend der Handlungsbedarf ist.

Wenngleich valide Daten auf Landesebene bislang nicht vorliegen, gilt dieser Trend bezogen auf Baden-Württemberg gleichermaßen, Es zeigt sich aber auch, dass zu diesem hoch relevanten Thema eine deutliche Forschungslücke besteht.

Bezogen auf die Frage des Verbleibs bzw. der Fluktuation in der Pflegeausbildung gibt der nächste Abschnitt Auskunft – dazu wurde im Kontext der Erstellung dieses Gutachtens eine landesweite Studie an den Pflegeschulen durchgeführt.

2.7 Die Ausbildungssituation in der Pflege

Frage 2.7 der Enquete-Kommission

Wie hat sich die Zahl der Auszubildenden der Berufe im Bereich der Langzeitversorgung in Baden-Württemberg seit 1995 entwickelt und mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?

Differenziert nach:

- Art der Fachkräfte (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Haus- und Familienpflege, Heilerziehungspflege, Hauswirtschaft, etc.)
- Art der Hilfskräfte (Altenpflegehilfe, Krankenpflegehilfe, Alltagshilfe, etc.)
- Qualifikationsniveaus
- Prognose zur „Generalistischen/ Integrierten Ausbildung“

Jeweils unter Berücksichtigung der:

- Frauen- und Männeranteile
- Herkunftsländer

In den Pflegeberufen konnten für das Ausbildungsjahr 2013/14 insgesamt 26.740 neue Auszubildende verzeichnet werden – dies entspricht einem Plus von 13,9 Prozent innerhalb von drei Jahren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Bundesländer gleichermaßen systematische Schulstatistiken führen. Beispielsweise fehlen die Daten aus den Ländern Hessen, Bremen und Hamburg, während in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz nicht nur die begonnen Ausbildungen zur Altenpflegefachkraft, sondern auch Ausbildungen zum Altenpflegehelfer mitgezählt wurden (Bonin et al. 2015).

Die Zahlen der Auszubildenden im Bereich der Altenpflege- und Altenpflegehilfeausbildung sind seit Beginn der Erfassung durch das Statistische Landesamt 1995 kontinuierlich gestiegen. Im Schuljahr 2013/14 absolvierten 8.961 Personen die Ausbildung zum/ zur Altenpfleger(in).

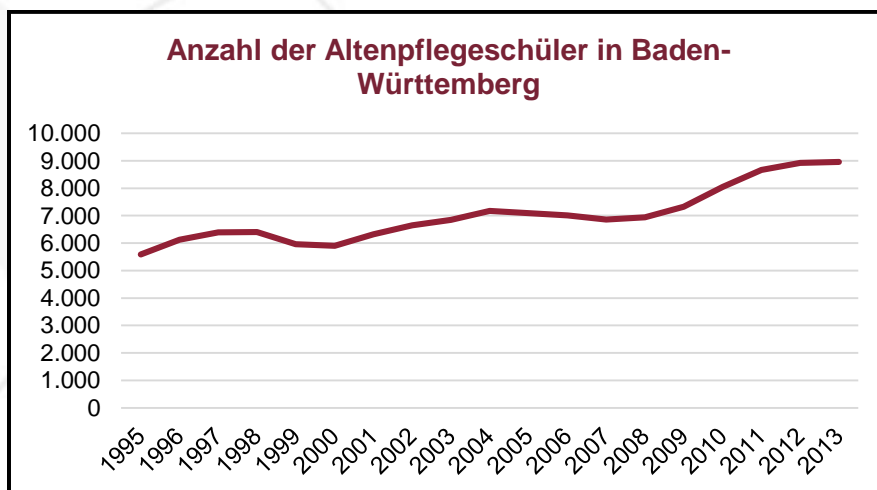


Abbildung 47: Anzahl Auszubildende Altenpflege BW 1995-2013
Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW

Ausgehend vom Durchschnitt der letzten fünf Jahre und unter der Annahme, dass die Anzahl der Absolvent(innen) konstant bleibt, kann von 3.000 frisch examinierten Altenpfleger(innen) pro Jahr ausgegangen werden. Bis 2030 wären das 56 000 zusätzliche Altenpflegekräfte, womit der potenzielle Bedarf an Fachkräften durch Ausbildung gedeckt wäre. In dieser Rechnung ist allerdings die erhebliche Zahl an ausscheidenden Pflegekräften, die ersetzt werden müssen, nicht berücksichtigt. Weiterhin ist in diese Rechnung einzubeziehen, dass - auch im Hinblick auf den hohen Frauenanteil unter den Auszubildenden - etliche Berufsanfänger(innen) aus familiären Gründen eine Teilzeitstelle suchen. (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2012).

Die Zahl der Auszubildenden als Altenpflegehelfer(innen) in Baden-Württemberg wird erst seit 2003 erfasst. Auch hier lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg verzeichnen, im Schuljahr 2013/14 absolvieren laut Statistischem Landesamt Baden-Württemberg 1.188 Personen die Ausbildung zur Altenpflegehilfe.

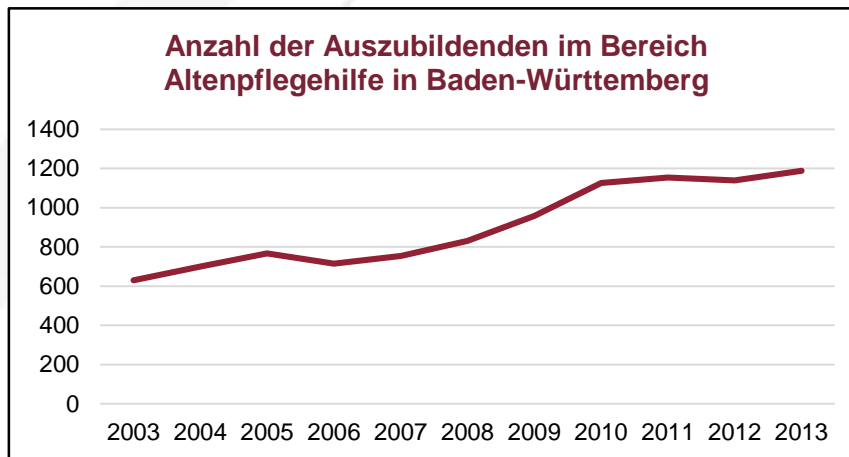


Abbildung 48: Anzahl Auszubildende Altenpflegehilfe BW 1995-2013
Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW

Ein anderes Bild ergibt sich bei der Betrachtung der Ausbildungszahlen in der Gesundheits- und Krankenpflege (für die Jahre 1999 und 2000 stehen Daten des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg nicht zur Verfügung).

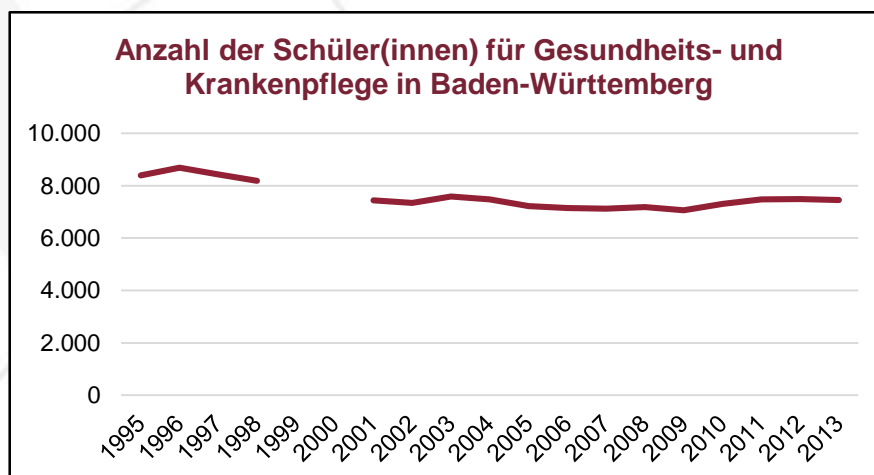


Abbildung 49: Anzahl Auszubildende Gesundheits- und Krankenpflege BW 1995-2013
Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW

In der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege wurden – laut einer Studie des Deutschen Institutes für Pflegeforschung (dip) – Zwischen 2000 und 2008 1.381 Ausbildungsplätze in Baden-Württemberg abgebaut.

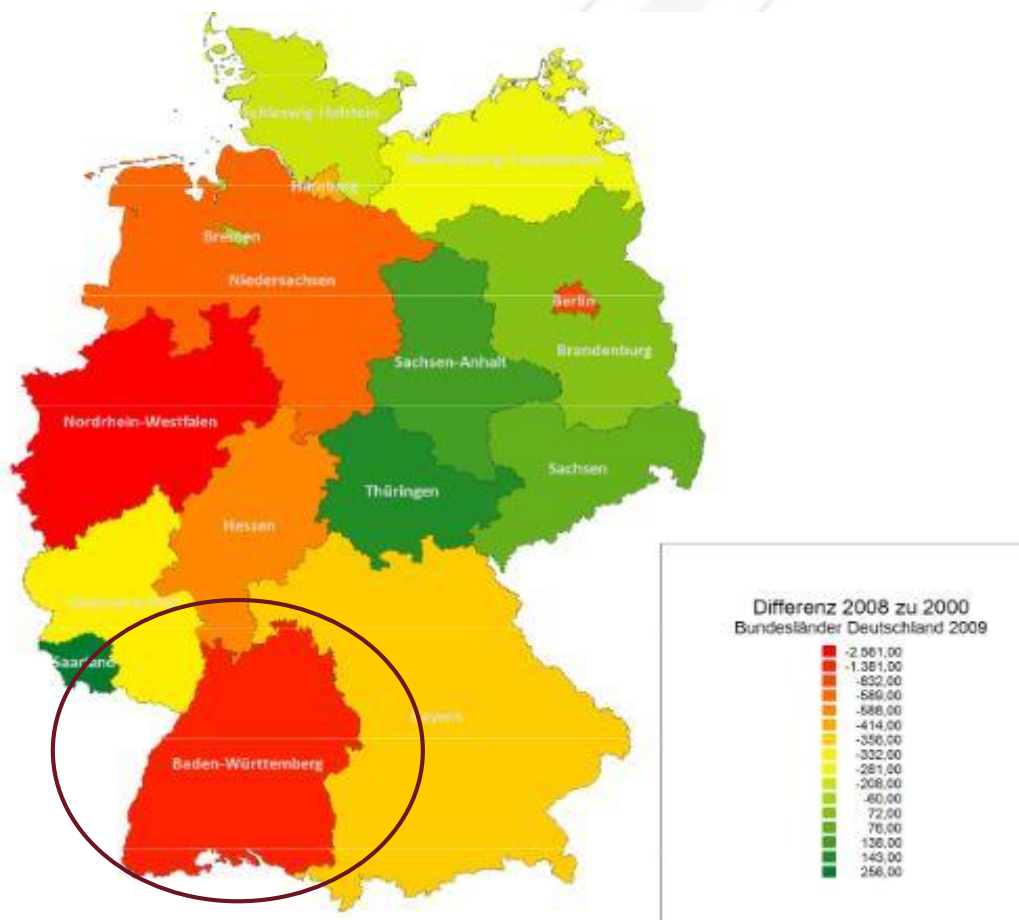


Abb. 50: Ausbildungsplatzentwicklung in allgemeinen Krankenhäusern nach Bundesländern. Quelle: Isfort/Weidner et al., 2010, S.37

103

Die Autoren der Studie merken an, dass der berufsdemografische Wandel in der Gesundheits- und Krankenpflege deutlicher zu bemerken sei als in der Altenpflege. Die sinkenden Ausbildungszahlen der vergangenen Jahre führten dazu, dass heute in der Gesundheits- und Krankenpflege weniger Beschäftigte in der Altersgruppe der unter 35-Jährigen seien als im Jahr 2000. Gleichzeitig habe sich der Mitarbeiterbestand in der Gruppe der über 50-Jährigen verdoppelt (vgl. Isfort et al. 2010, S.37).

Auf der Grundlagen der Daten des Statistischen Landesamtes BW lassen sich für das Land Baden-Württemberg folgende Aussagen zur Geschlechterverteilung und zur Anzahl an ausländischen Auszubildenden in den jeweiligen Pflegeausbildungen formulieren.

Der Frauenanteil unter den Auszubildenden in der Pflege ist hoch, diesbezüglich zeigen sich zwischen den verschiedenen Ausbildungsgängen nur geringe Unterschiede.



Der demografische Wandel zeigt sich deutlich in den berufsbiografischen Verläufen in der Pflege – der Anteil der über 50-jährigen Pflegekräfte hat sich seit dem Jahr 2000 verdoppelt!

Geschlechterverhältnisse in den Pflegeausbildungen in Baden-Württemberg Schuljahr 2013 / 2014

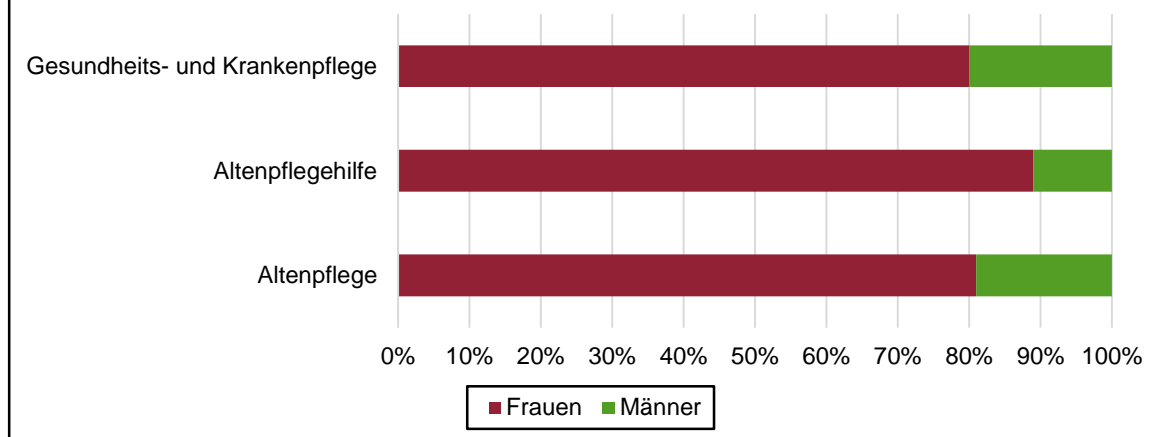


Abbildung 51: Geschlechterverteilung in der Pflegeausbildung in BW, Schuljahr 2013/14
Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW

Die Nationalitäten der ausländischen Schüler(innen) werden in den statistischen Berichten zu den beruflichen Schulen in Baden-Württemberg nicht einzeln ausgewiesen, sondern nur als Gesamtwert angegeben. Für die einzelnen Ausbildungsgänge zeigen sich die nachfolgend dargestellte Anteile an ausländischen Auszubildenden. Den höchsten Anteil an ausländischen Auszubildenden hat in Baden-Württemberg die Ausbildung zur Altenpflegehilfe mit 40%.

104

Anteil ausländischer Auszubildender in Pflegeausbildungen in Baden-Württemberg im Schuljahr 2013 / 2014 in %

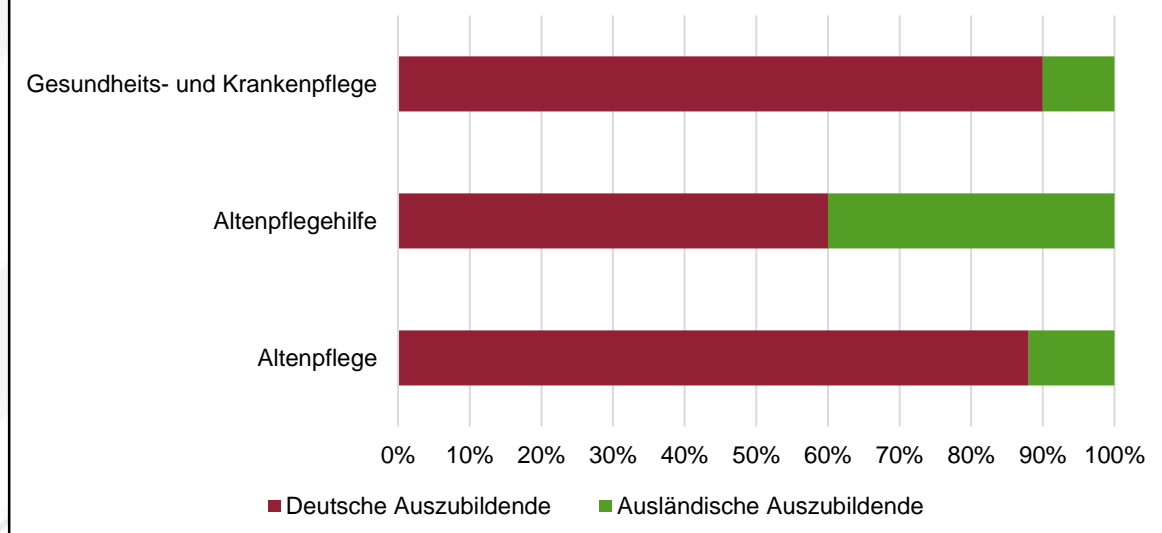


Abbildung 52: Anteil ausländischer Auszubildende in den Pflegeausbildungen BW, Schuljahr 2013/14
Eigene Darstellungen auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes BW

2.8 Ausbildungsabbrüche in der Pflegeausbildung

Frage 2.8 der Enquete-Kommission

Wie viele Auszubildende in Baden-Württemberg brechen ihre Ausbildung in Pflegeberufen ab?

Differenziert nach:

- Pflegeeinrichtungen
- Krankenhäuser
- Rehabilitationseinrichtungen
- Verschiedene Berufsfelder in der Pflege

Der Abbruch von Pflegeausbildungen wird in Baden-Württemberg nicht über die Schulstatistiken erfasst. Dementsprechend ist es nicht möglich, dazu valide und aktuelle Daten zu präsentieren. Zurückgreifen lässt sich auf den Ausbildungsreport der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) aus dem Jahr 2012, in dem bundesweit die Auszubildenden in den Pflegeberufen befragt wurden. Bezogen auf die Abbrüche in der Pflegeausbildung gaben 53,5% der befragten Auszubildenden an, dass vier bis zehn Auszubildende in den jeweiligen Kursen die Ausbildung aus Leistungsgründen abbrachen. Betrachtet man die verschiedenen Ausbildungsgänge separat, zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und der Altenpflege: In der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege gaben 46,9% der befragten Auszubildenden an, dass vier bis zehn Auszubildende die Ausbildung aus Leistungsgründen abbrachen, in der Altenpflege war die Angabe mit 62,5% deutlich höher. Die Verdi-Studie kommt zum Ergebnis, dass die Quote der Abbrechenden aus Leistungsgründen in der Altenpflege höher ist als in der Ausbildung zur Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege (vgl. ver.di 2012, S.48).

Ob diese Tendenz auch in Baden-Württemberg sichtbar wird, ließ sich mit den vorliegenden Daten nicht aufzeigen. Aufgrund der Bedeutung des Themas für die Zukunftssicherung der Pflege und Versorgung hat die Katholische Hochschule Freiburg, im Kontext der Erstellung dieses Gutachtens, im Frühjahr 2015 eine Onlinebefragung aller Pflegeschulen Baden-Württembergs zum Thema Ausbildungsabbruch durchgeführt. Ziel war es, sowohl die Erfassung der Zahl der Ausbildungsabbrüche, als auch den Umfang der statistischen Erfassung derselben an den Schulen. Versendet wurden 164 Fragebogen, 77 der ausgefüllten Fragebogen waren so ausgefüllt, dass sie auswertbar waren. Das entspricht einer Beteiligungsquote von 46%.

Die Bögen wurden von Schulen mit unterschiedlichen Ausbildungsgängen beantwortet. Entsprechend der Tatsache, dass einige Schule mehrere Ausbildungsgänge anbieten, zeigt sich in der Übersicht folgendes Bild der Beteiligung an der Umfrage.

Anzahl der an der Umfrage beteiligten Schulen und Ausbildungsgänge

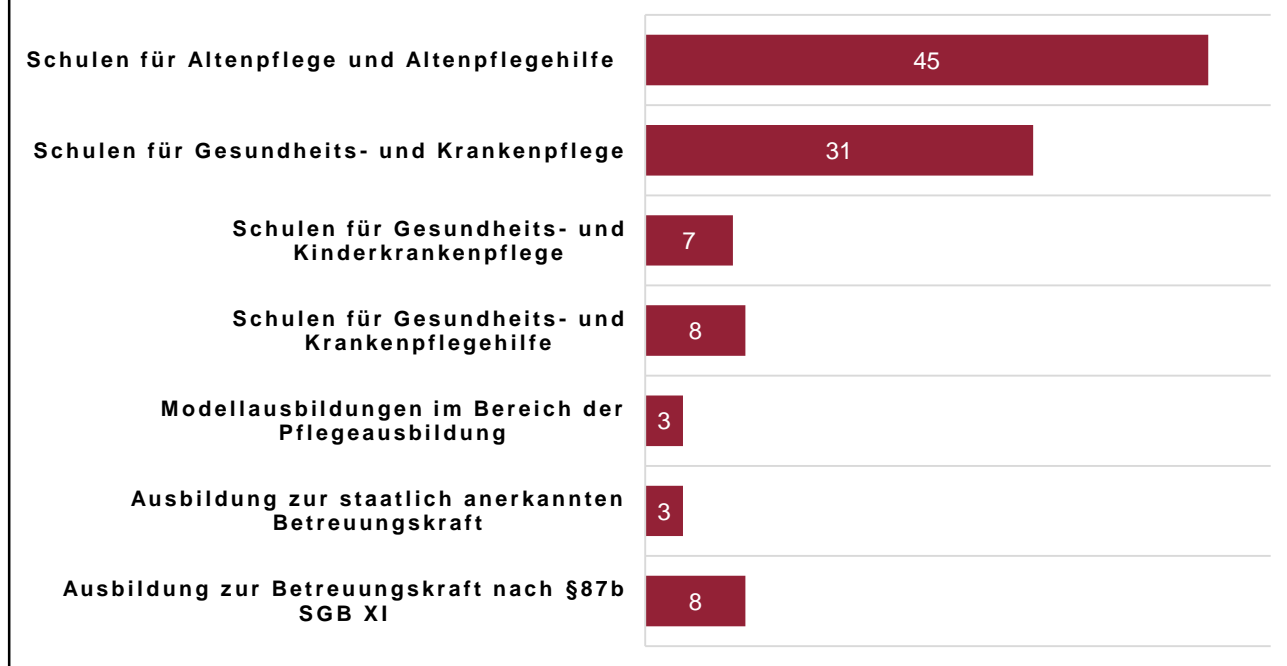


Abbildung 53: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015

Die Größe der an der Umfrage teilnehmenden Schulen variiert stark, im Jahr 2014 boten die Schulen 18 bis 654 Ausbildungsplätze an. Im Mittelwert bieten die Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege mit 49,27 Plätzen und die Schulen für Altenpflege mit 45,67 Plätzen (Bezugsjahr 2014) die meisten Plätze an. Die Schulen mit Ausbildungsgängen zur Betreuungskraft nach §87b SGB XI meldeten im Durchschnitt 37 Ausbildungsplätze.

Weniger Plätze stellten die Schulen für Altenpflegehilfe bereit (25,88 Plätze). Auch die Ausbildungen zur staatlich anerkannten Alltagsbetreuung (19 Plätze im Durchschnitt) und die Schulen für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe (Mittelwert 18,29 Ausbildungs-plätze) lagen haben deutlich weniger Plätze. Tendenziell die kleinsten Einrichtungen sind die Schulen für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (Mittelwert 15,21 Plätze).

Dementsprechend beläuft sich die **Anzahl der Absolvent(inn)en** im Jahr 2014 durchschnittlich auf folgende Zahlen:

- Gesundheits- und Krankenpflege: 40,07
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflege: 11,67
- Altenpflege: 32,15
- Gesundheits- und Krankenpflegehilfe: 12,25
- Altenpflegehilfe: 18,05
- Betreuungskraft nach §87b: 44,6
- Staatl. Anerkannte Alltagsbetreuung: 9,33.

Die Statistiken über Ausbildungsabbruch werden an den Pflegeschulen in unterschiedlicher Form geführt. Aus diesem Grund wurden die teilnehmenden Schulen in der Umfrage gebeten, bei nicht statistisch erfassten Daten in einem Teilbereich ihre empirische Erfahrung in Form einer Schätzung anzugeben. Durch diesen Zusatz konnte einerseits erfasst werden, welche Bereiche keiner regelmäßigen statistischen Erfassung unterliegen und andererseits war dies eine Form der Befragung, die dennoch den empirischen Erfahrung der Fachkräfte an den Schulen einen entsprechenden Raum gab. Bei relevanten Unterschieden zwischen geschätzten und erfassten Daten werden aus diesem Grund im Folgenden beide Ergebnisarten dargestellt.

Auszubildende mit Migrationshintergrund

Der Anteil der Auszubildenden mit Migrationshintergrund in allen Pflege- und Betreuungsausbildungen betrug laut Angaben der befragten Schulen im Jahr 2014 insgesamt 25,51%, also fast genau ein Viertel, mit geringen Schwankungen in den einzelnen Ausbildungsarten.

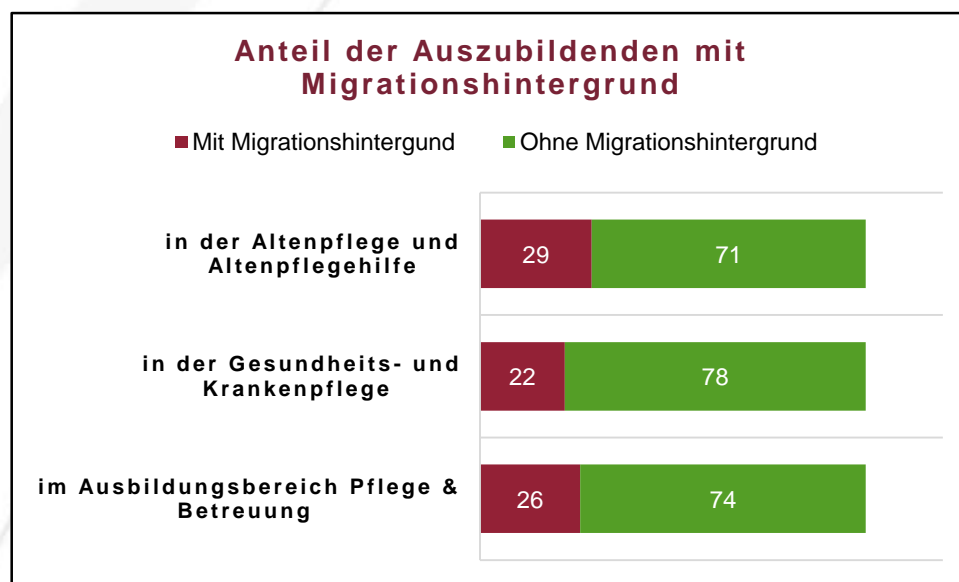


Abbildung 54: Anteile der Auszubildende mit Migrationshintergrund in der Pflege in %, dif. nach GuK und AP; Quelle: IAF- Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015

Im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung liegt der Anteil der Auszubildenden mit Migrationshintergrund mit 22,03% etwas unter dem Gesamtdurchschnitt. Dagegen liegt der Wert bei der Altenpflege und Altenpflegehilfeausbildung im Mittel bei 29,09 % Auszubildende mit Migrationshintergrund.

Statistik über Ausbildungsabbruch

Lediglich 64,1% der befragten Pflegeschulen gaben an, in ihrer Statistik Ausbildungsabbrüche zu erfassen. Die statistisch erfasste Abbrecherquote lag im Jahr 2014 bei 7,88%. Die Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege gaben mit 6,06% eine etwas

geringere Quote an als die Schulen für Altenpflege und Altenpflegehilfe mit 9,43% Abbrüchen.

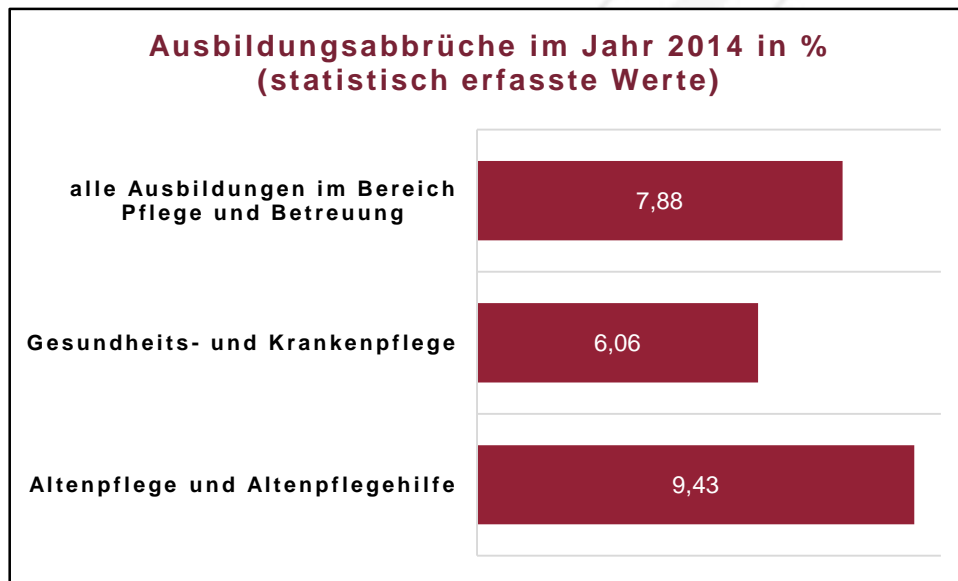


Abbildung 55: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015

Die geschätzten Werte lagen insgesamt etwas unter den statistisch erfassten Werten, zeigen jedoch dieselbe Tendenz einer höheren Abbruchquote in der Altenpflege- und Altenpflegehilfeausbildung.

108

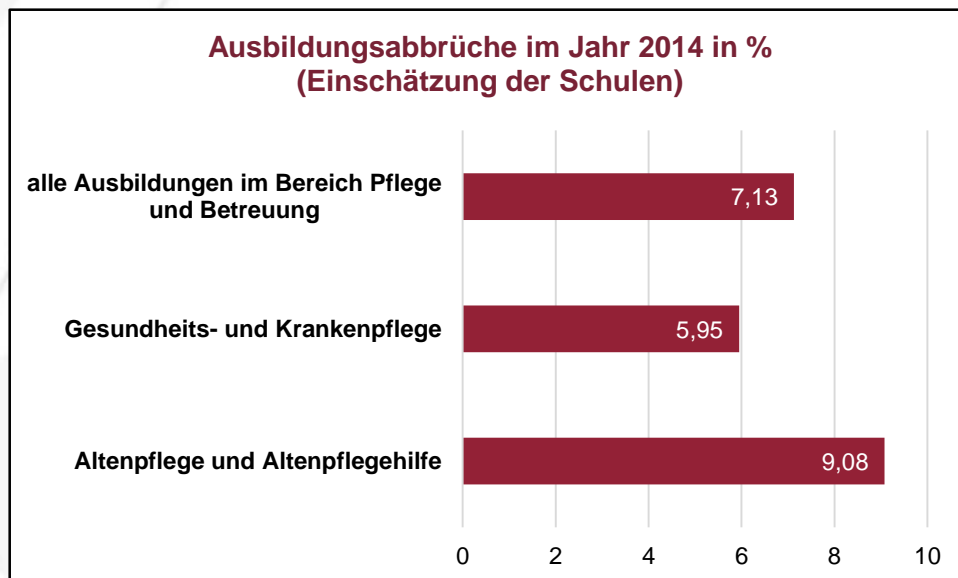


Abbildung 56: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015

Damit zeigt sich die im Ver.di-Ausbildungsreport Pflegeberufe bundesweit erfasste Tendenz vermehrter Ausbildungsabbrüche in der Altenpflege auch in Baden-Württemberg.

Ausbildungsabbrüche von Seiten der Ausbildungsstellen

Ein Abbruch der Ausbildung kann von Arbeitgeber- oder von Arbeitnehmerseite aus unterschiedlichen Gründen erfolgen. Im Folgenden wird dargestellt, wieviel Prozent der Ausbildungsabbrüche nach Angaben der Pflegeschulen von Arbeitgeberseite aus erfolgten.

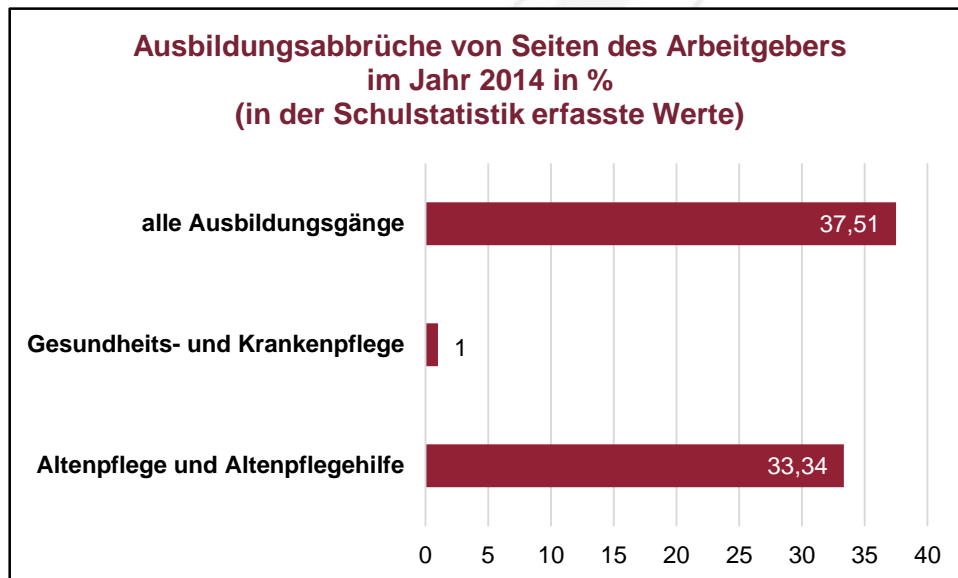


Abbildung 57: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015

Insgesamt wurden 2014 mehr als ein Drittel der Ausbildungsabbrüche auf Initiative der Arbeitgeber oder der Schulen durchgeführt. Der geringe Anteil in der Gesundheits- und Krankenpflege (1%) lässt sich auf die Zahl der in diesem Bereich statistikführenden Schulen zurückführen. Lediglich eine Schule erfasst laut der Umfrage diesen Punkt gesondert in ihrer Statistik, die Mehrzahl der Schulen gab hier geschätzte Werte an. Der Wert wird von der Einschätzung der Schulen relativiert:

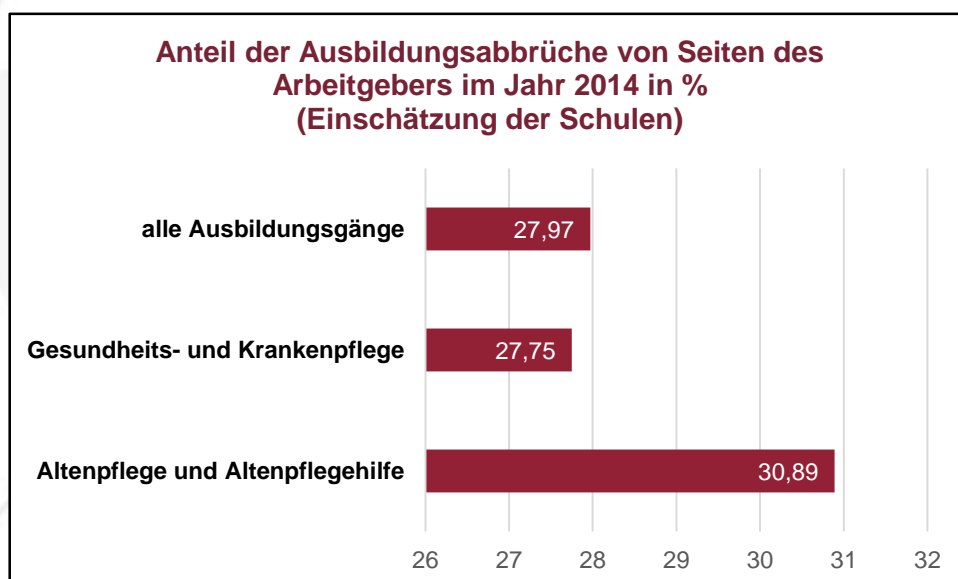


Abbildung 58: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015

Festzuhalten bleibt, dass ungefähr ein Drittel der Ausbildungen nicht auf Initiative des Auszubildenden beendet werden. Die Einschätzung der Schulen liegt (abgesehen von der Gesundheits- und Krankenpflege) insgesamt unter den statistisch erfassten Werten. Hier bleibt offen, ob diese Tatsache einen Trend zur positiven Selbstbewertung zeigt oder ob Schulen, die bereits viel Erfahrung mit Ausbildungsabbrüchen haben, in der Folge diese auch statistisch erfassen. Eine Antwort darauf kann nur eine durchgängig geführte Statistik über Ausbildungsabbruch geben.

Interessant wäre in diesem Zusammenhang auch ein Vergleich der Pflegeausbildung mit anderen Ausbildungen.



Rund ein Drittel der Ausbildungsabbrüche in der Pflege erfolgt durch die Ausbildungsstellen, nicht auf Initiative der Auszubildenden!

Frauenanteil bei den Ausbildungsabbrüchen

Der hohe Frauenanteil unter den Ausbildungsabbrechenden (siehe nachfolgende Gasfrik) muss natürlich, besonders in der Gesundheits- und Krankenpflege, vor allem vor dem Hintergrund des hohen Frauenanteils in den Pflegeausbildungen (siehe auch Frage 2.7) gesehen werden.

110

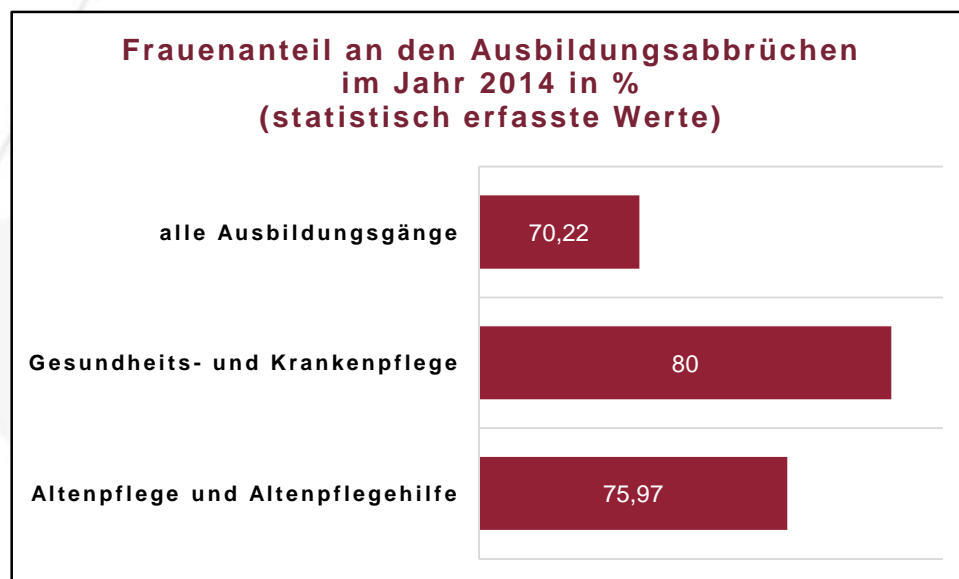


Abbildung 59: IAF- Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015

Ausbildungsabbrüche nach Alter

Gefragt nach dem Alter, in dem Ausbildungsabbrüche hauptsächlich stattfinden, konnten folgende Werte ermittelt werden:

Bezogen auf alle Pflegeausbildungen erfolgten, statistisch erfasst, 36,8% der Abbrüche bei den unter 20-jährigen Auszubildenden, 42,16% bei Auszubildenden im Alter von 20 bis 30 Jahren und 19,15% bei Auszubildenden über 30 Jahren.

Die angegebenen Erfahrungswerte der Schulen unterscheiden sich in diesem Bereich nur unwesentlich von den statistisch erfassten Werten.

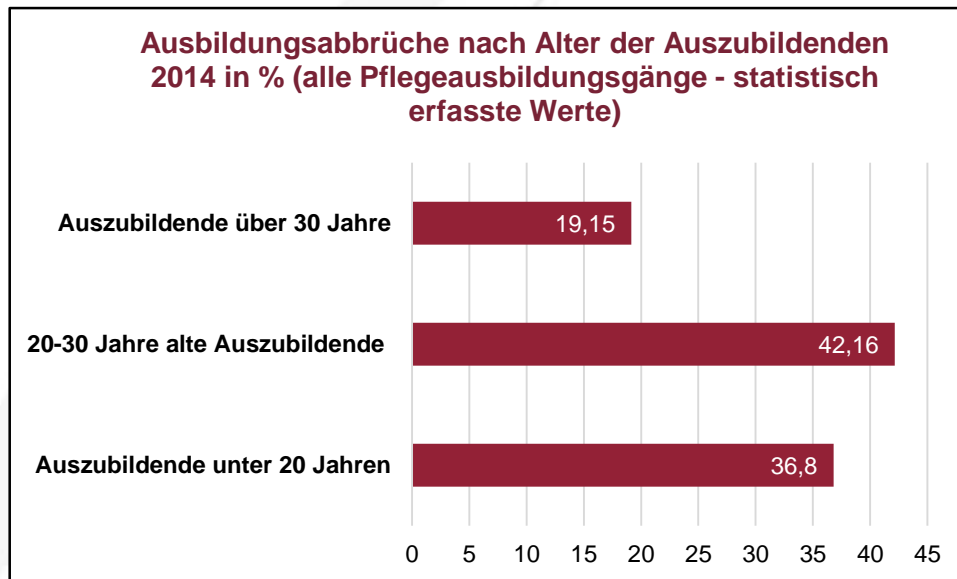


Abbildung 60: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015

Während bei allen Pflegeausbildungen der Hauptanteil der Ausbildungsabbrüche 2014 im Alter zwischen 20 und 30 Jahren erfolgte, bietet die Gesundheits- und Krankenpflege ein anderes Bild: Hier brachen 2014 hauptsächlich Auszubildende unter 20 Jahren die Ausbildung ab.

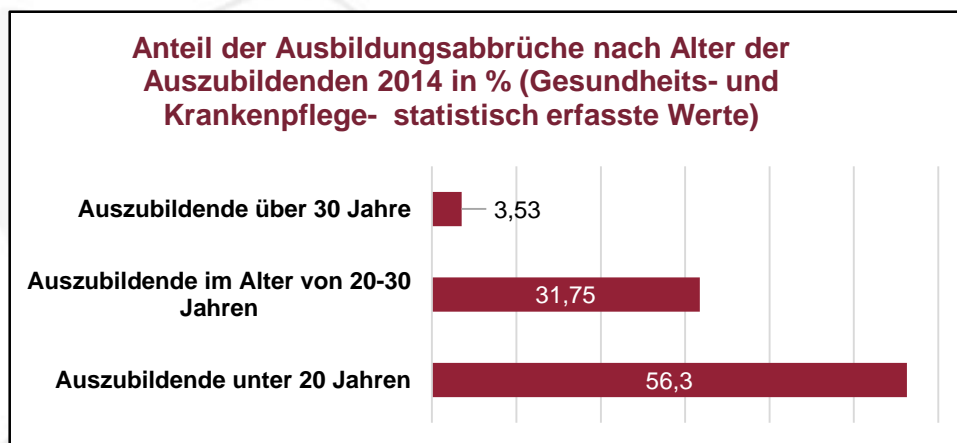


Abbildung 61: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015

Die Spitze der Abbrüche bei den unter 20-jährigen Auszubildenden zeigt sich auch bei den hier nicht graphisch dargestellten Erfahrungswerten der Schulen.

Die Ergebnisse der Umfrage im Bereich der Ausbildung zur Altenpflege und Altenpflegehilfe stellen ein anderes Bild dar - hier waren es 2014 beide Altersgruppen unter 30 Jahren, die den Hauptanteil der Ausbildungsabbrüche bilden.

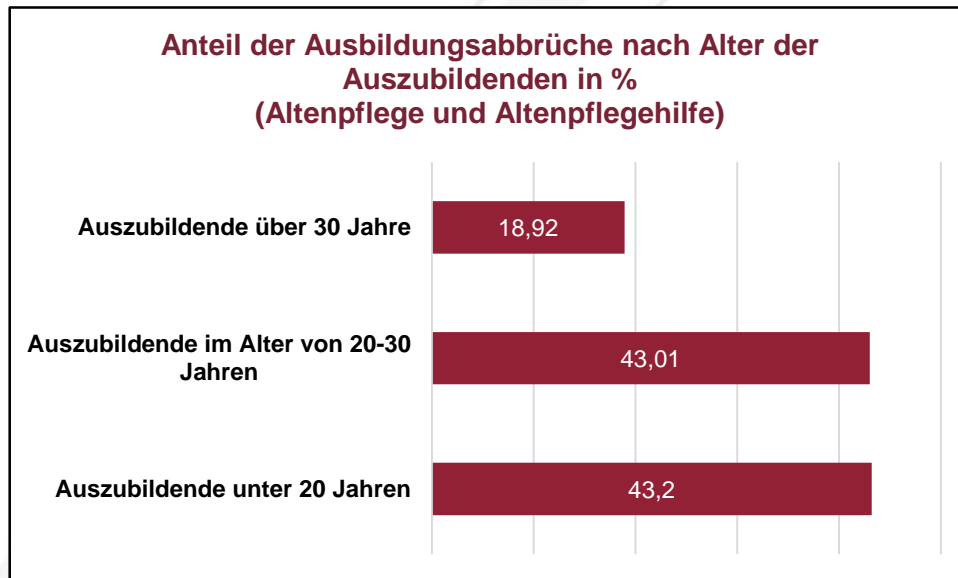


Abbildung 62: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015

112

Bei allen Ergebnissen wird die Tendenz deutlich, dass die Ausbildungsabbrüche mit steigendem Ausbildungsalter deutlich sinken.

Die gesonderte Betrachtung einzelner Merkmale Auszubildender in der Pflege führt zwangsläufig zur Frage der individuellen Gründe für einen Ausbildungsabbruch.

Nach der Häufigkeit der Nennung wurden als Hauptgründe für Ausbildungsabbrüche in der Befragung angegeben:

- gesundheitliche und persönliche Gründe (Schwangerschaft, Erkrankungen und persönliche Probleme)
- mangelnde berufliche Eignung (geringe Ausbildungsreife bzw. Unfähigkeit der Bewältigung der Praxisanforderungen)
- Überforderung im theoretischen Bereich der Ausbildung
- falsche Vorstellung des Pflegeberufes
- berufliche Umorientierung, Studium, Umzug
- familiäre Gründe
- ungünstige Arbeitsbedingungen in den Praxiseinrichtungen
- fehlende Sprachkenntnisse
- Überschreiten der Fehlzeiten
- arbeitsrechtliche Gründe

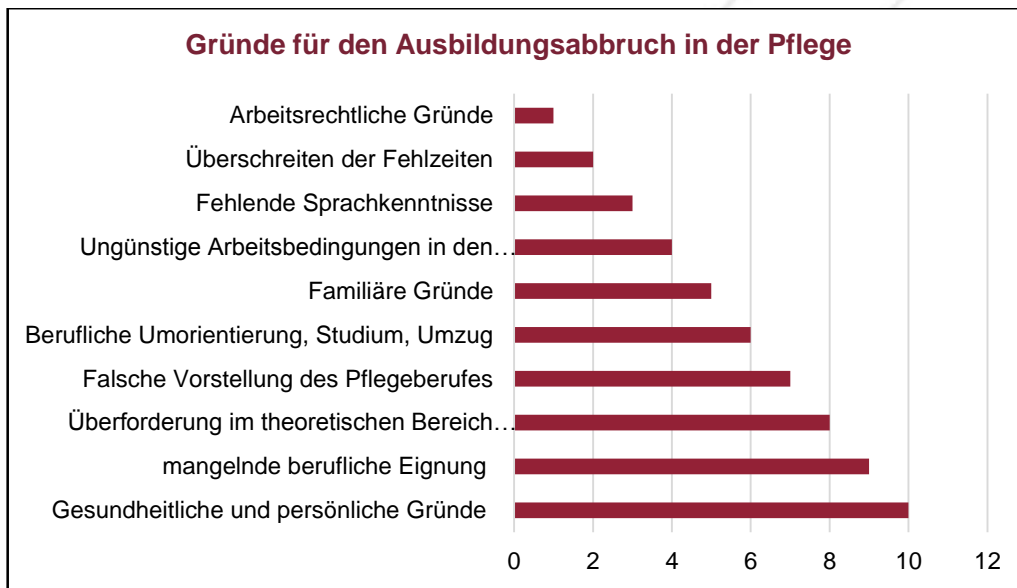


Abbildung 63: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015

Lebenssituationen während Ausbildungsabbrüchen

Auf die Frage, in welchen Lebenssituationen Ausbildungsabbrüche ihrer Einschätzung nach verstärkt vorkommen, nannten die Expert(inn)en an den Schulen mit Abstand am häufigsten die Situation der „ersten Ausbildung nach Schulabschluss“. Erst danach wurde die Situation der „Ausbildung während der Familienphase“ benannt, dicht gefolgt von der Lebenssituation „mit Migrationshintergrund“. Eher selten kommt nach Einschätzung der Schulen ein Abbruch in der Situation der zweiten Ausbildung vor, noch seltener wird die Förderung durch die Agentur für Arbeit als Lebenssituation im Zusammenhang mit Ausbildungsabbruch genannt.

113

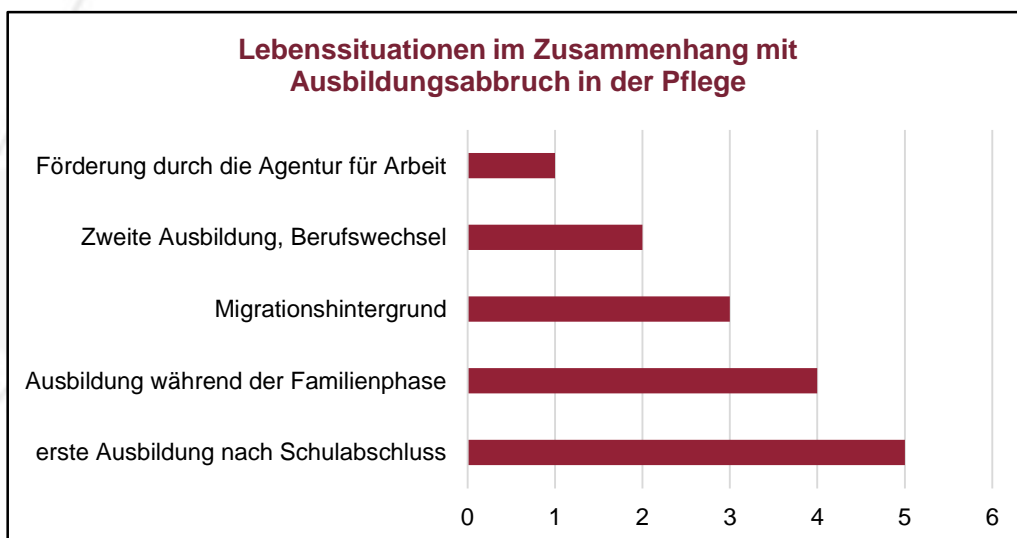


Abbildung 64: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015

Darüber hinaus wurden folgende Aspekte als Faktoren benannt, die den Ausbildungsabbruch eher fördern:

- schlechte Bezahlung und immense Überstundenkonten in den Praxiseinrichtungen.
- Heirat, vor allem bei Auszubildenden mit Migrationshintergrund
- Befreiung von familiärem Druck bei „Pflegedynastien“ - die Ausbildung wurde aufgrund von familiärem Druck begonnen.
- Ausbildung wurde begonnen, weil der Schüler/ die Schülerin keinen anderen Ausbildungsplatz bekommen hat.
- Wechsel zu anderen Ausbildungen.



Pflegeausbildungen, denen eine reflektierte Entscheidung zu Grunde liegt, münden eher in langfristige Pflegekarrieren – die Pflegeausbildung als „Notlösung“ ist dagegen eher störanfällig



Kapitel 3 des Gutachtens

**Prävention und Rehabilitation
im Kontext von Pflegebedarf**

115



3.1 Prävention und Rehabilitation im Kontext von Pflegebedarf

Im Kontext von Prävention und Rehabilitation ist die geriatrische Rehabilitation von wesentlicher Bedeutung - sie ist aber um die zunehmende Bedeutung von Prävention im Vorfeld von Pflegebedarf und um Rehabilitation bei bereits bestehendem Pflegedarf zu ergänzen. Jedoch sind empirische Studien zu Art und Umfang rehabilitativer Leistungen zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit oder bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sehr rar.

Die Zahl der Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg ist seit 2001 um 19 % zurückgegangen. Dies ging mit einer Reduzierung der Bettenkapazität um 17 % einher. Durch den demographischen Wandel ist eine Verschiebung der Häufigkeiten bestimmter Diagnosen als Rehabilitationsgrund zu erwarten - insbesondere bei Gelenkleiden und psychischen Störungen ist von einer Zunahme auszugehen. Besonderes Augenmerk gilt der Zukunft der geriatrischen Rehabilitation, in der zwei Themenbereiche von besonderem Interesse sind: Zum einen stellt sich die Frage, wie der wachsenden Zahl der Patienten mit Demenz begegnet werden kann, zum anderen geht es zentral um die Abrechnungsmöglichkeiten und -modalitäten, als um die Finanzierung der geriatrischen Rehabilitation. Um beide Themenbereiche für Baden-Württemberg zu beleuchten, wurde - weil entsprechende Daten nicht ausreichend zur Verfügung standen - im Rahmen der Erstellung dieses Gutachtens eine Online-Befragung durchgeführt. In diesem Rahmen wurden die Leitungen der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen befragt, die im Geriatriekonzept Baden-Württemberg aufgeführt sind. So konnte ein deutliches Bild über die zentralen Herausforderungen und Problemlagen im Land skizziert werden. Im Bereich der demenziellen Erkrankungen ist die Lage sehr different: manche Einrichtungen sehen sich in diesem Kontext bereits sehr gut vorbereitet, bei einer größeren Gruppe besteht jedoch noch Handlungsbedarf (vgl. 3.2). Die finanzielle Situation wird einheitlich als sehr schlecht bewertet. Die Einrichtungsleitungen sehen bei gleichbleibenden Vergütungssätzen der Krankenkassen keine Perspektive für den Erhalt ihrer Strukturen. Auch die Einrichtung der Landesschiedsstelle Rehabilitation hat zu keiner spürbaren Veränderung geführt.

116

Vorbemerkungen zu Prävention und Rehabilitation im Kontext von Pflegebedarf

Bevor auf die Fragen zur Zahl der Rehabilitations- und Präventionsangebote (siehe 3.1) und die Anzahl der Menschen mit Rehabilitationsleistungen (siehe 3.2) eingegangen wird, werden zur Ausleuchtung des Hintergrunds einige grundlegende fachliche Aspekte zu Prävention und Rehabilitation ausgeführt. Dabei geht es insbesondere darum, den Diskussionsrahmen zu entfalten, in den die Debatte zu Fragen von Prävention und Rehabilitation eingebettet ist, mit den Kernaspekten *Reha vor Pflege* und der Messbarkeit von Prävention im Kontext von Pflegebedarf.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert gesundes Alter(n) als einen Prozess der Optimierung von Möglichkeiten zum Erhalt der Gesundheit, der sozialen Teilhabe und der Sicherheit, mit dem Ziel, die Lebensqualität älterer Menschen zu fördern.

Die Diskussion um *Rehabilitation und Prävention* im Kontext von Pflegebedarf ist sowohl in einem breiten inhaltlichen wie auch in einem weiten Professionsverständnis zu verorten. Art

und das Ausmaß von Rehabilitationsangeboten können deshalb in diesem Themenfeld nur einen Teilbereich abdecken.

Im wechselseitig aufeinander bezogenen Verhältnis von Gesundheit und Krankheit müssen die Begriffe Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege, wenn auch mit gewissen Überlappungen, voneinander abgegrenzt werden. So gewinnen Gesundheitsförderung und Prävention - auch jenseits des Kontextes von Pflege und vor allem weit im Vorfeld von Pflege - und somit jenseits der Finanzierungsoptionen von Rehabilitationsmaßnahmen, zunehmend an Bedeutung. Gesundheitsförderung setzt im Vorfeld von Krankheit bzw. bestimmten Gesundheitsrisiken an und unterscheidet sich dadurch von (gesundheitlicher) Prävention. Sie orientiert sich an dem Konzept der ‚Salutogenese‘ (Antonovsky), das auf Schutzfaktoren für Gesundheit basiert. Eine allgemeingültige Definition für den Begriff *Prävention* fehlt, kennzeichnet sich aber durch folgende Kriterien: Den Gesundheitszustand der Bevölkerung oder einzelner Bevölkerungsgruppen (so auch älterer Personen) zu erhalten oder zu verbessern. Prävention ist interdisziplinär angelegt und damit nicht nur eine Aufgabe der Medizin. Auch Psychologie, Pädagogik, Soziale Arbeit und Soziologie leisten hierzu ihren Beitrag. In der Umsetzung versucht Prävention verschiedene Ebenen anzusprechen (z.B. Vermittlung von Wissen, Veränderung von Einstellungen). Präventive Maßnahmen sind langfristig angelegt und zielen auf nachhaltige Veränderungen des Erlebens und Verhaltens, die nach Maßnahmen der Primärprävention (Verhütung von Krankheit), der Sekundärprävention (Früherkennung von Krankheiten) und der Tertiärprävention (Verhinderung bzw. Beseitigung von Folgeschäden einer Erkrankung) unterschieden werden können. Alle drei Präventionsarten sind für die Prävention von Pflegebedarf von hoher Bedeutung. Dabei sind die Aufgaben geriatrischer Rehabilitation vor allem im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention anzusiedeln (Denkinger 2014). Es gilt aber zu betonen, dass insbesondere lokale Versorgungsnetze (Senioren-Sport, Beratung, etc.) wesentlich den Bereich der Primärprävention mitbestimmen und noch weiter an Bedeutung gewinnen werden und auch sollten. Schon der 5. Altenbericht (2005) fokussiert in einem seiner Leitbilder auf die Option „*der gezielten Nutzung von Potenzialen des Alters* (BMFSFJ 2005, S. 42)“ und postuliert:

„In der Prävention liegt somit eine große Chance für ein langes Leben in guter Gesundheit, Selbstständigkeit und Mitverantwortung.“ Gegenüber früheren Geburtsjahrgängen verfügen die heute älteren Menschen im Durchschnitt auch über eine deutlich bessere Gesundheit. Dennoch sind die bis ins hohe Alter bestehenden Präventionspotenziale bei weitem noch nicht ausgeschöpft.“ (BMFSFJ 2005, S. 42)-



Prävention ist interdisziplinär und langfristig angelegt. Geriatrische Rehabilitation fokussiert vor allem auf Sekundär- und Tertiärprävention. Primärprävention muss künftig, vor allem im Kontext der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, noch stärker in den Blick genommen werden, auch jenseits des medizinischen Systems.

Medizinische Rehabilitation umschreibt die Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, körperliche, psychische und soziale Folgen einer Behinderung bzw. Störung der Teilhabe auf ein Mindestmaß zu reduzieren. Ziel der medizinischen Rehabilitation ist daher nicht die Heilung (Kuration) von Erkrankungen. Es geht vielmehr darum, Aktivitäten zu erhalten bzw. wiederzuerlangen. *Leistungen zur medizinischen Rehabilitation* umfassen ein komplexes interdisziplinäres Leistungsangebot, das von der GKV nach § 40 SGB V zu erbringen ist.

Demgegenüber stehen Einzelleistungen (Heilmittel), die eine rehabilitative Zielsetzung haben können (MDS 2009). Auch in dieser Definition kommt der Geriatrischen Rehabilitation eine Schlüsselfunktion im Kontext von Pflege zu. So zielt sie auf die *Abwendung und Minderung der Pflegebedürftigkeit, die Wiederherstellung funktionaler Fähigkeiten* (Wiedergewinnung, Verbesserung oder Erhalt der sogenannten ‚activities of daily living‘) (vgl. Tesky 2014).

Nach Jamour, Marburger & Runge (2014) ist die geriatrische Rehabilitation, als spezialisierter Zweig der Rehabilitationsmedizin, mit dem Fokus auf Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, anderen Behandlungsansätzen überlegen. Bedeutsam ist dabei, dass insbesondere vulnerable (insbesondere Hochaltrige) und gebrechliche („frail“) Gruppen davon profitieren. Empirische Studien zu Art und Umfang rehabilitativer Leistungen, die auf die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit zielen oder solche bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit, sind insgesamt jedoch sehr rar (z. B. Meinck et al 2014). Spezielle Studien im Kontext von Pflegebedürftigkeit, die den Umfang des Bedarfs an Rehabilitation im Vergleich zur Inanspruchnahme von Leistungen ermitteln, seien laut Rothgang und Kollegen (2014) mit Routinedaten nur bedingt zu analysieren. Allerdings gibt es Hinweise, dass das bestehende Bedarfspotential nicht ausgeschöpft wird, da sich unter Verwendung des neuen Assessments zur Begutachtung deutlich höhere Anteile festgestellter Rehabilitationsindikationen bei einer Pflegebegutachtung zeigen, als bei einer Begutachtung mittels des herkömmlichen Verfahrens (vgl. Wingenfeld et al. 2011).

In Anbetracht dieser drei Dimension von Prävention (weit) im Vorfeld von Pflege (1), Geriatrischer Rehabilitation (2), und Rehabilitation im Kontext von Pflegebedürftigkeit (3) können aktuell folgende Punkte angeführt werden, die sowohl für die Bestimmung zukünftiger Inhalte, als auch professionsspezifisch bedeutsam sind:

- *Es fehlt weiterhin eine gesetzliche Erweiterung des Pflegebegriffs:* Trotz entsprechender Ankündigungen, steht eine gesetzliche Erweiterung des verengten Pflegebegriffs immer noch aus (Wingenfeld & Schaeffer 2011). Der Pflege obliegen hierzulande vorwiegend körpernahe Unterstützungsaufgaben bei manifest gewordener, langfristiger Pflegebedürftigkeit. Dies lässt kaum Spielraum für gesundheitsförderliche und präventive Aufgaben im Kontext von Pflege (vgl. Horn & Schaeffer 2013).
- Präventive und gesundheitsförderliche Aufgaben können seitens der Pflege daher bislang nur im Zusammenhang mit pflegerischen Leistungen *bei bestehender Pflegebedürftigkeit* aufgegriffen werden. Die deutschsprachige Diskussion konzentriert sich damit in Einklang vor allem auf das Thema *Prävention in der Pflege*. Erst allmählich geraten auch die Prävention von Pflegebedürftigkeit und die Gesundheitsförderung als Aufgabe der Pflege in den Blick (z.B. Brucker et al. 2004;

Schaeffer 2011; Walter 2008). Hervorzuheben sind dabei konzeptionelle Arbeiten und Modellversuche wie zum Präventiven Hausbesuch (Weidner 2008) oder zur „family health nurse“ (Eberl/Schnepp 2008), in denen Pflegende präventive Aufgaben wahrnehmen. Der Erwähnung bedarf das auf Bundesebene verabschiedete Gesundheitsziel *gesund älter werden* (BMG 2012), in dem Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe der Pflege einen bedeutsamen Raum einnehmen (vgl. Horn & Schaeffer, 2013).

- *Programme im Rahmen von Prävention (im Vorfeld von Pflege) finanziert über die Altenhilfe (§71 SGB XII) gewinnen noch zu wenig an Sichtbarkeit in der Debatte um Prävention von Pflegebedürftigkeit. Als Angebote in der Kommune sind sie weniger als Maßnahmen medizinischer Rehabilitation/ Prävention individuell messbar.*

Entsprechend des Geriatriekonzepts Baden-Württemberg (2014) entsteht Gesundheit dort, wo Menschen leben. Kommunale Akteure sind deshalb neben Hausärzten und ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zentrale Ansprechpartner für Gesundheitsförderung und Prävention. Städte und Gemeinden schaffen gesunde Umgebungen, integrieren Gesundheitsförderung in Lebenswelten und fördern Netzwerke. Vielfältige präventive Angebote von zahlreichen Initiativen der Selbsthilfe, (Sport-)Vereinen und Seniorengruppen existieren bereits. Als Beispiel sei die Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ genannt, die Städte und Gemeinden bei der Planung und Umsetzung eines kommunalen und generationenfreundlichen Gesamtkonzepts zur Förderung der Gesundheit unterstützt (vgl. Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014).

Um diese Themen anzugehen, sind die Initiativen, die im Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg 2014 beschrieben werden, wegweisend und hilfreich:

- Zugehende Angebote wie der präventive Hausbesuch sind ein Instrument, um Menschen in ihrem Wohnumfeld zu erreichen. Das Land plant ein Modellprojekt durchzuführen, das zum wesentlichen Inhalt hat, den präventiven Hausbesuch als ein differenziertes Instrument zur Identifikation von Problemlagen im Umfeld der kommunalen Daseinsvorsorge zu erproben.
- Die Einbindung von unterschiedlichen Engagementformen, im Sinne eines Pflege- oder Hilfe-Mix (vgl. Kapitel 2). *„Bürgerschaftliches Engagement wird auch von den Kommunen unterstützt und in Modellversuchen vom Land gefördert. Erfolgsversprechend sind Handlungsansätze, die professionelle Strukturen und Angebote in Städten und Gemeinden, möglichst im Quartier, für die älteren Menschen vernetzen und mit Bürgerschaftlichem Engagement zusammenführen“* (Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014, S.17).

Bedeutsam ist auch, dass dabei eine umfassende Perspektivnahme unterschiedlicher Akteure verfolgt und integriert wird und sich damit die Chance eröffnet, wichtige Weichenstellungen hinsichtlich der Einbindung unterschiedlicher Professionen, aber auch im Lichte des ehrenamtlichen Engagements, vorzunehmen:

„Wichtig ist die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und der Eigenverantwortung jedes Einzelnen durch eine gemeinsame Vorgehensweise aller im

Bereich Gesundheit Aktiven und Verantwortlichen. Die Gesundheitspolitik in Baden-Württemberg hat das Ziel, die Gesundheit in allen Lebensphasen und Lebenswelten zu fördern, die Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, die Früherkennung von Krankheiten zu unterstützen und damit die Entstehung von chronischen Erkrankungen langfristig zu vermeiden bzw. ihr Auftreten in spätere Lebensphasen zu verschieben. Damit soll die Lebensphase mit einschränkender Krankheit oder sogar Pflegebedürftigkeit verkürzt werden, um bei steigender Lebenserwartung möglichst viele beschwerdefreie Lebensjahre zu gewinnen. Hierbei sollen auch die Patientenrechte und Fähigkeiten des Einzelnen zum Selbstmanagement gestärkt und Selbsthilfe vermehrt mit eingezogen werden. Im Rahmen einer alle Lebensbereiche umfassenden Strategie soll eine umfassende Integrationsplattform für bestehende und neue Ansätze, Programme und Projekte in der Gesundheitsförderung und Prävention geschaffen werden.“ (Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014, S.17).

Um dieses Ziel umzusetzen, wird weiter die Rolle von Hausärzten betont, die Kommune in die Pflicht genommen, aber auch die Rolle der Selbsthilfe und des bürgerschaftlichen Engagements betont. Dieser multiperspektivische Ansatz setzt einen Kontrapunkt zu der beobachtbaren, überwiegenden Segmentierung in der Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“. Nach Meinck, Lübke und Polak (2014) erfolgt diese häufig „als rehabilitative Versorgung im Anschluss oder als Frührehabilitation im Rahmen von Krankenhausbehandlungen, jedoch nur selten sektorenübergreifend kombiniert oder ohne unmittelbar vorhergehende Krankenhausbehandlung“ (Meinck, Lübke, Polak, 2014, S.74).

120 **Daten zu Rehabilitation im Kontext von Pflege**

Zu Forschungs- und Qualitätssicherungszwecken werden im Land Baden-Württemberg verschiedene Statistiken geführt. Neben der Krankenhausstatistik, die Diagnosedaten aus den Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten enthält und den Angaben des statistischen Landesamts, beteiligen sich 80 % der baden-württembergischen Rehabilitationseinrichtungen an der KODAS-Datenbank, die medizinische Parameter zu Rehabilitationsbeginn und -ende enthält. Zuzüglich weist auch die Rentenversicherung ihre Leistungen in der Rehabilitation 2013 in einer Statistik aus.

Die Bedeutung der KODAS-Datenbank ist auch daran erkennbar, dass sie Zusammenhänge erkennbar macht, die über die reine Betrachtung von Routinedaten nicht möglich sind. Vielmehr kann die Beschränkung auf die Auswertung von Routinedaten auch zu verzerrten Aussagen über die Wirksamkeit von Rehabilitation führen. So wird beispielsweise im Barmer GEK Pflegereport 2013 (Rothgang, Müller, Unger, 2013) darauf verwiesen, dass unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Diagnosen die Wahrscheinlichkeit steigt, nach einer Rehabilitation pflegebedürftig zu werden. Als Einschränkung führen die Autoren jedoch selbst an, dass mit den zu Grunde liegenden Routinedaten nicht auf die Schwere der Erkrankungen hin kontrolliert werden kann. Aber gerade in der geriatrischen Versorgung, die die Herstellung einer Funktion und nicht die Heilung einer Diagnose in den Vordergrund rückt, ist die Krankheitsschwere der zentrale Outcome-Parameter. Unter Nutzung der KODAS-Datenbank

kann ein Nutzen der geriatrischen Rehabilitation in Prä-Post-Vergleichen jedoch deutlich aufgezeigt werden (Jamour, Marburger, Runge et al., 2014). Die Datenbank liefert also differenziertere Ergebnisse und trägt dazu bei, falsche Rückschlüsse und Fehlinterpretationen zu vermeiden.

Prognosen

Detaillierte Zahlen zur prognostizierten Anzahl der Präventions- und Rehabilitationsangebote und –nutzer sind kaum zu extrapolieren. Obwohl davon ausgegangen werden kann, dass in der kommenden Dekade ca. 50 % mehr Menschen zur Gruppe der Hochaltrigen (vgl. 1.1) gehören werden (Jamour et al. 2014), sind diagnosespezifische Prognosen der zu erwartenden Fallzahlen aus zwei Gründen schwierig. Zum einen weisen diese Prognosen selbst eine hohe Spannweite auf - so prognostizieren beispielsweise Doblhammer, Reiter et al. (2012) für das Jahr 2050, gestützt auf verschiedene Szenarien, zwischen 1,5 und 3 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland. Zum anderen sind prognostizierte Entwicklungen nicht rein von demografischen Daten und Zahlen abzuleiten, sondern auch durch politische Maßnahmen gestalt- und beeinflussbar, die sich auf das Gesundheitsverhalten, wissenschaftliche Fortschritte oder die Zahl präventiver Angebote auswirken.

Zudem sind die Beschreibung und die Wirksamkeit von Maßnahmen und Interventionen zur Primärprävention im (weiteren) Vorfeld von Pflege, die oft im Rahmen der Altenhilfe angeboten werden, aufgrund der strukturellen Bedingungen dieser Angebote kaum nachhaltig zu messen. So vermögen beispielsweise Beratungsprogramme (z.B. zu spezifischen chronischen Erkrankung, wie beispielsweise einer altersbedingten Sehbeeinträchtigung) auch die Selbständigkeit im Alter zu erhöhen oder gar sicherzustellen, doch fehlt es hier an Leistungsträgern und damit auch an Routinedaten, die auswertbar wären. Dies macht deutlich, dass es im Kontext von Prävention und Rehabilitation allgemein noch viele Unschärfen gibt, die bei der Prävention im Vor- und Umfeld von Pflege noch stärker wirksam sind.

3.1 Rehabilitations- und Präventionsangebote in Baden-Württemberg

Frage 3.1 der Enquete-Kommission

Wie hat sich die Zahl der Rehabilitations- und Präventionsangebote bei Pflegebedürftigkeit seit 1995 in Baden-Württemberg entwickelt und mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?

Angaben zur Entwicklung der Rehabilitations- und Präventionsangeboten in Baden-Württemberg zwischen 1990 und 2011 wurden 2013 veröffentlicht (vgl. Tabelle 1, Gössel, 2013). Zudem enthält das vom Bundesamt für Statistik (2014) herausgegebene Dossier „Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland“ Angaben zur Entwicklung von Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland für die Jahre 2002 bis 2013.

Von 1990 bis 2001 blieb die Anzahl der Rehabilitationskliniken (Organ- /Indikationsspezifische Rehabilitation und geriatrische Rehabilitation) in Baden-Württemberg bei leichten Schwankungen relativ konstant zwischen 239 (im Jahr 1991) und 251 (im Jahr 2001). Seitdem setzte ein kontinuierlicher Rückgang der Anzahl der Rehabilitationseinrichtungen ein, der bis heute anhält. Aktuell existieren in Baden-Württemberg 208 Einrichtungen zur Rehabilitation. Im Vergleich zur Bundesrepublik weist Gössel (2013) darauf hin, dass in der Bundesrepublik seit 1991 eine Zunahme der Zahl der Einrichtungen in Norddeutschland und den neuen Bundesländern stattgefunden hat und vermutet darin eine Ursache für den Rückgang der Einrichtungen in Baden-Württemberg:

„Es kann daher vermutet werden, dass durch das in diesen Regionen Deutschlands gestiegene Versorgungsangebot Patienten, die sonst Einrichtungen in Baden-Württemberg aufgesucht haben, durch das verbesserte Angebot auf wohnortnähere oder teilweise auf spezialisierte Einrichtungen umgestiegen sind und die Fallzahlen in Baden-Württemberg daher rückläufig sind.“ (Gössel, 2013, S. 30).

Wird jedoch nicht das Jahr 1991 sondern, entsprechend der vom Bundesamt für Statistik im Dossier „Vorsorge und Rehabilitation in Deutschland“ publizierten Daten (Statistisches Bundesamt, 2014), das Jahr 2002 als Bezugsrahmen genommen, ist auch eine andere Interpretation möglich. Auch wenn die Zahl der Rehabilitationsangebote, wie von Gössel (2013) dargestellt, im Jahr 2011 über denen von 1991 liegt, gibt es nach den Angaben des Statistischen Bundesamts (2014) seit 2002 einen Rückgang der Anzahl der Rehabilitationsangebote in ganz Deutschland. Dieser Rückgang ist jedoch andernorts nicht so stark ausgeprägt wie der in Baden-Württemberg. Der Bezugsrahmen „2002“ weist aber eher auf einen andauernden Rückgang in Deutschland und in Baden-Württemberg hin (vgl. Abbildung 51). In dieser Lesart ist der Rückgang der Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg keine Reaktion auf das wachsende Angebot der weiteren Bundesländer, sondern ein allgemeiner Trend.

Jahr	Zahl d. Einrichtungen	Betten	Pflegetage	Patient(inn)en	Bettenauslastung in %	Verweildauer	Personal		
							ärztlich	nicht ärztlich	Pflege
1990	243	28491	9000566	283347	86,6	31,8	Keine Angaben für das Jahr 1990		
1991	239	28612	9337193	307304	89,4	30,4	1313	16449	2625
1992	243	29072	9622131	307500	90,4	31,3	1366	16970	2722
1993	243	29528	9717185	308482	90,2	31,5	1404	17345	2870
1994	248	30594	10033500	316900	89,9	31,7	1484	18560	3170
1995	248	30877	10282024	325899	91,2	31,5	1539	19103	3338
1996	250	32003	9865307	325208	84,2	30,3	1515	19010	3542
1997	241	31594	7208119	269701	62,5	26,7	1299	16537	3263
1998	243	32487	7804399	300512	65,8	26	1360	16562	3458
1999	241	31752	8435360	333004	72,8	25,3	1425	17363	3713
2000	243	32393	8982725	357719	75,8	25,1	1516	18053	3905
2001	251	32858	8993039	360358	75,0	25	1547	18741	4195
2002	246	31708	8672974	352021	74,9	24,6	1511	18713	4198
2003	237	29976	8029235	312483	73,4	25,7	1447	17689	4025
2004	228	28613	7598378	301326	72,6	25,2	1453	17165	3931
2005	221	27764	7247733	292084	71,5	24,8	1411	16738	3931
2006	222	27889	7196004	291681	70,7	24,7	1426	16939	3949
2007	214	26802	7492318	302392	76,6	24,8	1445	17119	3966
2008	218	26849	7833488	313275	79,7	25	1486	17999	4108
2009	216	26967	7863387	313357	79,9	25,1	1541	17882	4108
2010	213	26958	7632552	305689	77,6	25	1520	17835	4137
2011	208	26567	7450187	302055	76,8	24,7	1527	17578	4220

Tabelle 15: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg, Angaben aus Gösse, 2013)

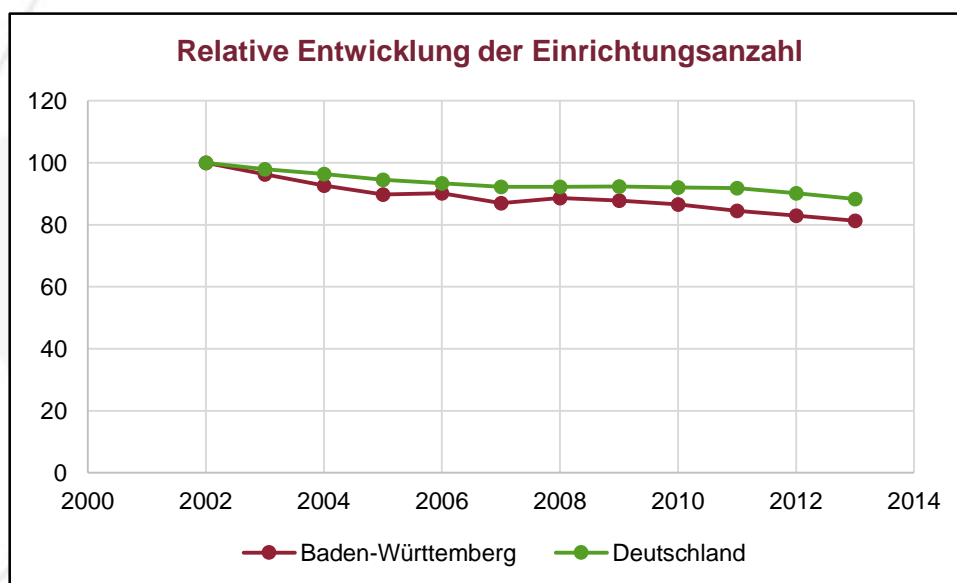


Abbildung 65: Relative Entwicklung der Anzahl der Einrichtungen in Baden-Württemberg und Deutschland von 2002 bis 2013 (zum Vergleich 2002 auf 100 gesetzt;) Angaben aus Gösse, 2013 & Statistisches Bundesamt, 2014, eigene Berechnung und Darstellung)

Bei den berichteten Daten handelt es sich um die Entwicklung der gesamten Einrichtungszahlen zu Prävention und Rehabilitation, die medizinische Rehabilitation anbieten und damit individuell nach Rehabilitationsleistungsrecht abrechnen. Spezifische Daten zur Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit liegen für Baden-Württemberg bislang nicht vor.

Die Entwicklung von Einrichtungszahlen im Vor- und Umfeld von Pflege in den nächsten 30 Jahren hängt maßgeblich auch von politischen Entscheidungen ab, vor allem im Hinblick auf die Definition von Leistungen und Zuständigkeiten von Prävention und Rehabilitation im Vor- und Umfeld von Pflege (vgl. 3.1).

Die folgenden Einflussfaktoren sind für die gegenwärtige Situation in Baden-Württemberg prägend:

- In enger Kooperation zwischen den am geriatrischen Geschehen in Baden-Württemberg beteiligten Organisationen und Verbänden sowie dem Landesseniorenrat, als Vertreter der Betroffenen, wurde das *Geriatriekonzept* in den letzten Jahren überarbeitet. Seine wesentlichen Ziele sind unter anderem, den pragmatischen Zugang zu den Rehabilitationsangeboten für alte Menschen, mit dem Ziel „Rehabilitation vor Pflege“, zu ermöglichen und die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgungsstrukturen sicherzustellen (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2014; BWKG 2013). Die Beteiligten verständigten sich auf ein Verfahren für eine sachgerechte und zugleich rechtzeitige Zuweisung zur geriatrischen Rehabilitation. So soll der Zugang zu geriatrisch-rehabilitativer Behandlung unbürokratisch und pragmatisch gestaltet sein und das Ziel „Rehabilitation vor Pflege“ umgesetzt werden.
- Gleichzeitig befinden sich geriatrische Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg in einer wirtschaftlich schwierigen Situation - einige von ihnen haben aus wirtschaftlichen Gründen schließen müssen. Unter anderem hat die Einführung des DRG-Systems in der akutstationären Krankenhausvergütung dazu beigetragen – dies führte in Baden-Württemberg zu einer Konkurrenzsituation zwischen Krankenhaus und Rehabilitationsklinik. Auch der Ausbau der Einrichtungen indikationsspezifischer Rehabilitation in Bezug auf die Behandlung älterer Menschen, besonders im Bereich der Orthopädie und Neurologie, hat hier Auswirkungen gezeigt (Ministerium f. Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2014; BWKG 2014).
- Die Landesregierung hat mit dem grundlegend überarbeiteten *Geriatriekonzept* eine Grundlage für die Zukunft der geriatrischen Versorgung im Land geschaffen. Darin bekennen sich die gesetzlichen Krankenkassen zu ihrer Struktur- und Finanzierungsverantwortung und sie sagen die Vereinbarung hierfür ausreichender medizinisch leistungsgerechter Vergütungssätze zu. (vgl. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2014).
- Bei konsequenter Umsetzung dieser Einigungen kann die wirtschaftliche Grundlage von Einrichtungen bezüglich auskömmlicher Versorgung und Planungssicherheit (Belegungssicherheit) gesichert werden. Dies bietet die Basis, die geriatrische



Rehabilitation mit hoher fachlicher Qualität flächendeckend zu erhalten und bedarfsgerecht auszubauen. Politisch gilt es nun, die Umsetzung auch zu forcieren sowie Bedarfsorientierung und Qualität der Umsetzung regelmäßig zu überprüfen.



3.2 Rehabilitationsleistungen in Baden-Württemberg

Frage 3.2 der Enquete-Kommission

Wie viele Menschen erhalten aktuell Rehabilitationsleistungen und mit welcher Entwicklung ist in den nächsten 30 Jahren zu rechnen?

Differenziert nach:

- Organ- / indikationsspezifische Rehabilitation
- Geriatrische Rehabilitation

Es wird gebeten, Vergleichsdaten anderer Bundesländer einzubeziehen.

Angaben zur Rehabilitation in Baden Württemberg

Die häufigsten Diagnosen in den Rehabilitationseinrichtungen Baden-Württembergs können auf der Basis der 2014 vom statistischen Landesamt veröffentlichten Daten aus der Krankenhausstatistik gut aufgezeigt werden. Erwartbare Trends zur Entwicklung der Patientenzahlen im Bereich der häufigsten Diagnosegruppen ergeben sich auch durch die Verknüpfung mit den Zahlen aus der Bevölkerungsstrukturentwicklung, im Kontext des demografischen Wandels. Zurückgreifend auf Angaben des Sozialministeriums kann in einem nächsten Schritt die Entwicklung der Fallzahl in der geriatrischen Rehabilitation beschrieben werden. Entwicklungen zur Bettenzahl und der Zahl der Pflégetage werden in einem weiteren Schritt der Entwicklung in Deutschland kontrastierend gegenübergestellt. Speziell für Baden-Württemberg werden auch Angaben zur organ-/indikationsspezifischen Rehabilitation mit der geriatrischen Rehabilitation verglichen. Auf der Basis weiterer Literaturrecherche werden für die Themenschwerpunkte *Demenz* und *finanzielle Situation der geriatrischen Rehabilitation* auch Forschungsdesiderate aufgezeigt.

Rehabilitation in Baden-Württemberg

Im Jahr 2011 erhielten in Baden-Württemberg 302.055 Menschen Rehabilitationsleistungen. Angaben zur Häufigkeit von bestimmten Diagnosen veröffentlichte das statistische Landesamt für das Jahr 2013 für Einrichtungen mit mehr als 100 Betten (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2013). In diesen Einrichtungen gab es im Jahr 2013 gesamt 246.511 Patienten. Ein Großteil davon (62,5 %) verteilt sich auf drei Diagnosegruppen: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes (32,2 %), psychische und Verhaltensstörungen (16,0 %) und Krankheiten des Kreislaufsystems (15,3 %).

Diagnosen (Pos.- Nr. der ICD 10)	2013 in 105 Einrichtungen			2012 in 106 Einrichtungen		
	insgesamt ¹⁾	männlich	weiblich	insgesamt ¹⁾	männlich	weiblich
	Anzahl					
Behandlungsfälle insgesamt	246 511	116 179	130 326	246 377	114 719	131 620
darunter:						
Bösartige Neubildungen (C00 – C97)	27 820	12 482	15 338	29 055	12 951	16 103
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00 - E90)	8 343	5 431	3 812	8 029	4 335	3 693
Psychische und Verhaltensstörungen (F00 - F99)	39 320	14 111	25 208	38 639	13 798	24 831
Krankheiten des Nervensystems (G00 - G99)	7 323	3 487	3 836	7 302	3 484	3 818
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 - I99)	37 716	23 878	13 838	37 240	23 223	14 017
Krankheiten des Atmungssystems (J00 – J99)	8 564	4 125	4 438	7 273	3 564	3 708
Krankheiten des Verdauungssystems (K00 – K93)	3 103	1 451	1 652	3 031	1 353	1 678
Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems und Bindegewebes (M00-M99)	76 924	35 702	41 221	78 701	35 955	42 729
Symptome und abnorme klinische Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00 - R99)	2 601	1 044	1 556	2 707	1 021	1 684
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00 – T98)	14 707	6 076	8 631	14 197	5 836	8 360
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00- Z99)	13 544	6 400	7 142	13 848	6 486	7 360
1) Einschließlich ohne Angabe zum Geschlecht.						

Tabelle 16: Häufigkeit von Diagnosen in Einrichtungen mit mehr als 100 Betten (Statistisches Landesamt Baden Württemberg, 2014)

Auch wenn genaue Angaben zur Entwicklung in den nächsten 30 Jahren schwierig erscheinen (vgl. 3.1), können doch für die drei häufigsten Diagnosegruppen erwartbare Trends skizziert werden, die sich aus der Verknüpfung der Daten und Zahlen zur demographischen Entwicklung und den altersabhängigen Prävalenzzahlen ergeben.

Im Bereich der muskuloskelettalen Erkrankungen fallen 92,4 % der Diagnosen auf 2 Gruppen von Diagnoseschlüsseln: Gelenkleiden (43,2 %) und Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (49,2 %). Bei den Gelenkleiden ist für beide Geschlechter eine Zunahme der Prävalenz mit steigendem Alter zu beobachten. Daher ist, aufgrund des demographischen Wandels, in den nächsten Jahren mit einer deutlichen Zunahme des Rehabilitationsbedarfs mit dieser Diagnose zu rechnen. Im Bereich der Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens gehören die meisten Patienten (60,4 %) der Altersgruppe 45-65 Jahre an. Mit zunehmendem Alter sinkt hier die Prävalenzrate (vgl. GEK, 2009). In Zukunft ist zu erwarten, dass geburtschwächere Jahrgänge in der Risikogruppe der 45-65 jährigen vertreten sind. Daher

erscheint ein Rückgang des Rehabilitationsbedarfes bei Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens als wahrscheinlich.

In der zweithäufigsten Diagnosegruppe, den psychischen- und Verhaltensstörungen stellen neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen den häufigsten Rehabilitationsgrund dar (52,2 %). Dabei besteht ein großer Geschlechtsunterschied - ca. 73,6 % der Patienten sind weiblich. Aus zwei Gründen ist in Zukunft eine Steigerung des Rehabilitationsbedarfs wahrscheinlich. Zum einen gewinnt das Thema „Psychotherapie im Alter“ gesamtgesellschaftlich an Bedeutung (Hirsch, Bronisch & Sulz, 2009), was eine Steigerung der Altersprävalenzzahlen erwarten lässt. Weiterhin kommen geburtenstarke Jahrgänge (Geburtsjahrgänge ca. 1960-1970), in den nächsten 30 Jahren in den Altersbereich 65+. Eine starke Erhöhung des Rehabilitationsbedarfs für psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen im Alter ist daher anzunehmen. Gleichzeitig muss angemerkt werden, dass es im Land noch viel zu wenig Psychotherapeut(innen) gibt, die für ältere und alte Menschen zugänglich sind. Hier gibt es noch eine klare Versorgungslücke.

Die dritthäufigste Diagnosegruppe für Patienten in Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg sind Erkrankungen des Kreislaufsystems. In diesem Bereich sind die Gruppen der ischämischen Herzkrankheiten mit 36,8 % der Diagnosen am häufigsten - davon 74,9 % bei Männern – sowie zerebrovaskuläre Krankheiten mit 33,3 %.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass durch den demographischen Wandel eine Verschiebung der Diagnosehäufigkeiten stattfinden wird, was zu einer Erhöhung der Gelenkleiden führen wird. Auch der Bedarf für Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen im Alter wird steigen – dafür sind vielerorts überhaupt erst die Voraussetzungen zu schaffen.

128



Verschiebungen in den Diagnosehäufigkeiten führen zu Veränderungen in der zukünftigen Entwicklung der Fallzahlen für einzelne Diagnosegruppen in der Rehabilitation und es ergeben sich wachsende Bedarfe für Psychotherapie im Alter

Geriatrische Rehabilitation in Baden Württemberg

Ergänzend zur beschriebenen organ- und indikationsspezifischen Rehabilitation stellt die geriatrische Rehabilitation einen wesentlichen Baustein in der Verzögerung von Pflegebedürftigkeit dar (vgl. 3.1). Geriatrische Patienten zeichnen sich durch ein höheres Lebensalter (70 Jahre und älter) sowie Multimorbidität, d.h. dem Vorhandensein von mindestens zwei behandlungsbedürftigen Diagnosen, aus (Eckardt & Steinhagen-Thiessen, 2012). In der geriatrischen Rehabilitation stellt sich die Situation in Baden-Württemberg wie folgt dar: Im Jahr 2012 wurden insgesamt 17.943 Patienten versorgt. Die Fallzahl hat sich damit seit 2002 verdoppelt, was mit einer Erhöhung der Bettenkapazitäten und einer kontinuierlich verkürzten durchschnittlichen Verweildauer zusammenhängt. Die Pflegetage stiegen im gleichen Zeitraum um ca. 64% von 228.972 Patienten im Jahr 2002 auf 377.225

Patienten im Jahr 2012 (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, 2014).

Jahr	Einrichtungsanzahl	Betten	Pflegetage	Fallzahl	Nutzungsgrad der Betten in %	Verweildauer in Tagen
2002	18	728	228.972	8.993	86,2	25,5
2003	19	926	277.161	11.155	82,0	24,8
2004	20	937	293.194	12.059	85,5	24,3
2005	21	974	286.267	12.254	80,5	23,4
2006	23	1.036	279.487	12.019	73,9	23,3
2007	24	1.120	322.920	14.400	79,0	22,4
2008	27	1.228	337.131	15.623	75,0	21,6
2009	30	1.361	380.209	17.581	76,5	21,6
2010	29	1.326	356.660	16.720	73,7	21,3
2011	28	1.312	372.252	17.641	77,7	21,1
2012	28	1.284	377.225	17.943	80,3	21,0

Tabelle 17: Stationäre geriatrische Rehabilitation in Baden-Württemberg seit 2002 (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, 2014)

Bei über 65-jährigen Patienten sind folgende Diagnosen für einen Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung (organ- / indikationsspezifisch und geriatrische Rehabilitation) in Baden-Württemberg besonders häufig anzutreffen (ebd.):

- Bösartige Neubildungen (C00-C97), insbesondere
 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15-C26)
 - Bösartige Neubildungen der Harn und Geschlechtsorgane (C51-C68)
- Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99), insbesondere
 - Akuter Myokardinfarkt (I21)
 - Hirninfarkt (I63)
- Krankheiten des Muskel-Skelettsystems (M00-M99), insbesondere
 - Arthropathien (Gelenkleiden) (M00-M25)
- Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98), insbesondere
 - Fraktur des Femurs (S72)
- Weitere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)

Entwicklung der Patientenzahl

Für die Zukunft lässt sich aus einer Betrachtung der Daten von 1990 bis ins Jahr 2012 kein einheitlicher Trend zur zukünftigen Entwicklung der Patientenzahl in Rehabilitationseinrichtungen Baden-Württembergs extrapolieren. Einem Anstieg von 1990 bis 1996 folgte ein deutlicher Einbruch im Jahr 1997 (nach Gössel, 2013 durch Wachstums- und Beschäftigungsgesetz – WFG und Beitragsentlastungsgesetz BeitrEntlG bedingt). Von dort

stiegen die Fallzahlen auf ihren Höchstwert im Jahr 2001. Nach einem deutlichen Rückgang bis ins Jahr 2005 sind die Fallzahlen seit dem relativ konstant.

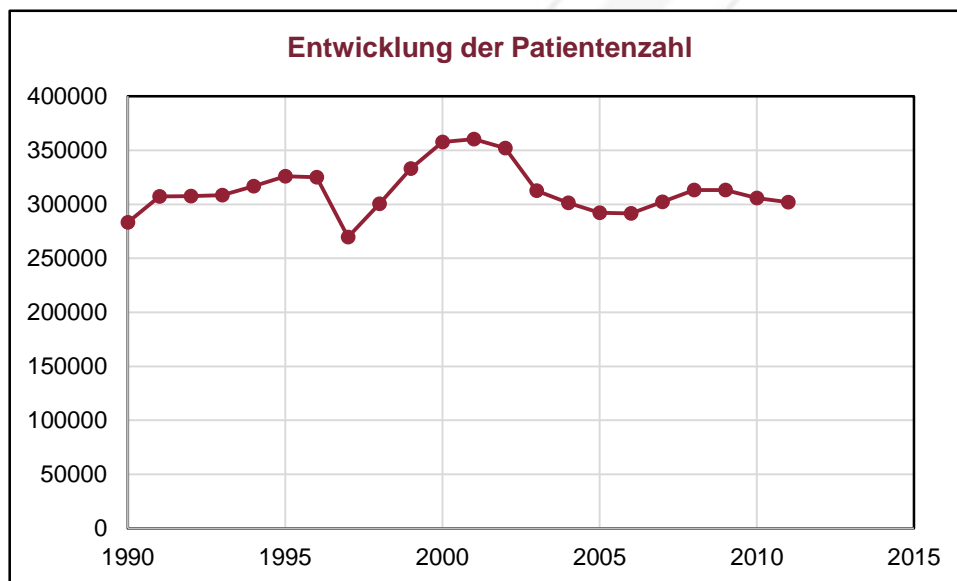


Abbildung 66: Entwicklung der Patientenzahl in Baden-Württemberg in Rehabilitationseinrichtungen seit 1990 (Angaben aus Gössel, 2013, eigene Darstellung)

Nach Jamour et al. (2014) sind allerdings Patientenstruktur und Zugangswege zur geriatrischen Rehabilitation in Süddeutschland konvergent und durch einheitliche Rehabilitationsbegutachtungsrichtlinien des MDS bzw. MDK so gut standardisiert, dass sich die Verbesserungen der erfassten Outcomes (Barthel-Index, timed-up and go test) in allen Alterskohorten im gleichen Umfang abbilden. Dies spricht für eine flächendeckend gut etablierte Prüfung der Rehabilitationsvoraussetzungen und ist eine notwendige Grundbedingung für den Rehabilitationserfolg (vgl. Jamour et al. S. 396). Allerdings gestaltet sich das Antragsverfahren bislang noch für die Hausärzte zu bürokratisch, Ablehnungsgründe werden nicht transparent gemacht. Zum Zeitpunkt der Antragsstellung sind die Versicherten in schwierigen Lebensumständen, häufig können sie ihre Ansprüche nach einer Ablehnung daher nicht weiterverfolgen (BWKG 2014).

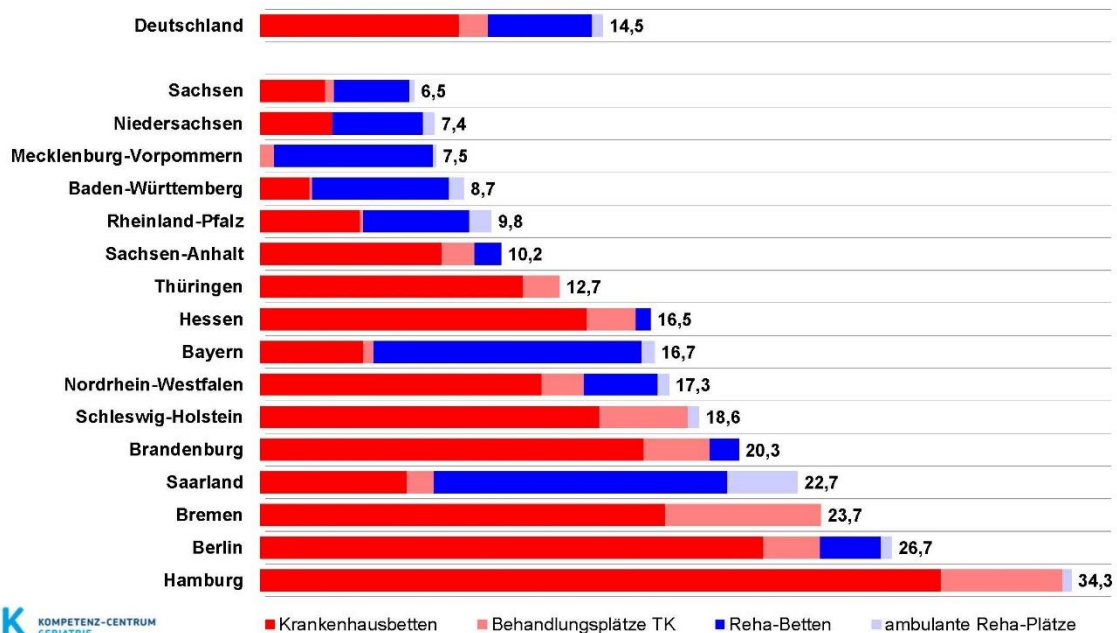
Entsprechend fordert die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft das komplizierte Antrags- und Genehmigungsverfahren in der GKV nach dem Vorbild der Rentenversicherung zu vereinfachen. Alle Ärzte seien grundsätzlich qualifiziert, Anträge zu stellen und kennen ihre Patienten (BWKG 2014). Damit soll einer nach ihren Angaben permanent sinkende Zahl an Zuweisungen vermieden werden.

Jamour und Kollegen (2014) leiten angesichts des prognostizierten Zuwachses der über 80-Jährigen um etwa 50% bis zum Jahr (vgl. 1.1 und 1.2), aus ihren Studien die Forderung ab, dass Reallokationen im Gesundheitssystem verstärkt zugunsten der Rehabilitation vorzunehmen sind, um der Zielsetzung Reha vor Pflege (verankert in SGB XI) auch in Zukunft gerecht zu werden (vgl. Jamour et al. 2014).

Vergleich mit anderen Bundesländern

Die Angaben zur Einrichtungsanzahl und zur Fallzahl von Patienten sind im Kontext von weiteren Angaben zu betrachten. Neben der Zahl der Pflégetage sind dies auch die Zahl der Betten in den Reha-Einrichtungen, die Auslastungsquote der Einrichtungen und Entwicklungen im ärztlichen wie nicht-ärztlichen Personal.

Auf Ebene der Bundesländer werden Vergleiche durch die Tatsache erschwert, dass sich die Versorgungsstrukturen zwischen den Bundesländern stark unterscheiden. So existieren zum Beispiel in Thüringen, Schleswig-Holstein, Bremen und Hamburg keine stationären geriatrischen Rehabilitationsangebote (vgl. Abbildung 56). Zum Vergleich werden daher Daten für die Bundesrepublik herangezogen. Dabei zeigt sich, dass die geriatrische Versorgungsquote, die als Anzahl der Versorgungsplätze pro 10.000 Einwohner über 65 Jahren errechnet wird, in Baden-Württemberg mit 8,7 deutlich niedriger liegt als im Bundesdurchschnitt, wo sie 14,5 beträgt.



MDK KOMPETENZ-CENTRUM GERIATRIE

Abbildung 67: Geriatrische Versorgungsquote: Versorgungskapazitäten in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, pro 10.000 Einwohnern über 65 Jahren (<http://www.kcgeriatrie.de/strukturen.htm>, letzter Seitenaufruf 30.06.2015)



Die geriatrische Versorgungsquote (Anzahl der Versorgungsplätze pro 10.000 Einwohner über 65 Jahren) liegt mit 8,7 in Baden-Württemberg deutlich niedriger als im Bundesdurchschnitt, der 14,5 beträgt.

Entwicklung der Bettenkapazitäten und der Pflagetage

Der beschriebene Rückgang der Rehabilitationseinrichtungen zieht eine Reduzierung der Bettenzahl nach sich (vgl. Abbildung). Auch wenn es einen Trend zur Etablierung größerer Reha-Einrichtungen gibt und die Zahl der Betten pro Einrichtung gestiegen ist, sinkt die Zahl der Betten seit 2002 konstant. Dieser Trend gilt nicht nur für Baden-Württemberg sondern zeigt sich auch bundesweit. Er ist allerdings in Baden-Württemberg stärker ausgeprägt. Eine ähnliche Entwicklung zeigt auch die Zahl der Pflagetage (vgl. Abbildung 58). Hier ist allerdings der plötzliche Rückgang im Jahr 1997 stärker und der folgende Anstieg bis ins Jahr 2002 geringer ausgeprägt, was auf kürzere Verweildauern und einen Rückgang der Auslastungsquote zurückgeführt werden kann. Auch die Kenngrößen „Bettenzahl“ und Pflagetage weisen auf einen rückläufigen Trend hin, der in Baden-Württemberg stärker ausgeprägt ist als in der Bundesrepublik.

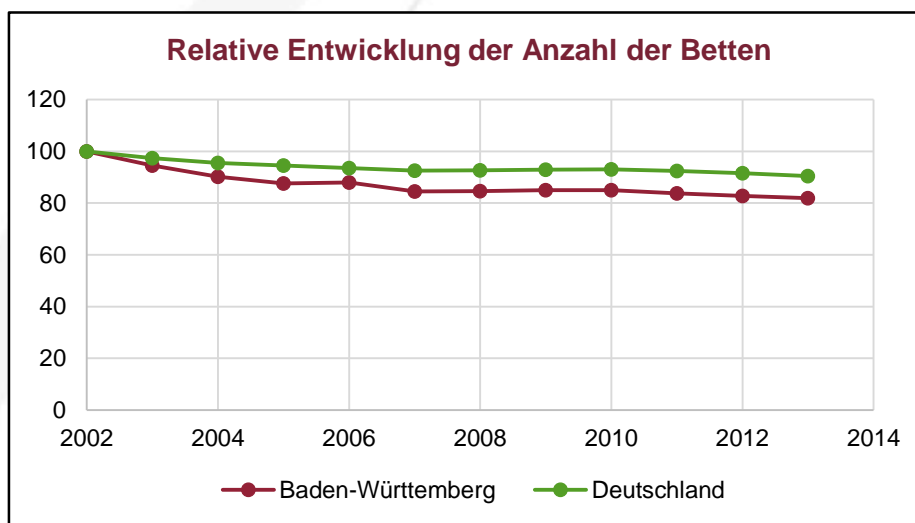


Abbildung 68: Relative Entwicklung der Anzahl der Betten in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg und Deutschland seit 2002 (Zum Vergleich wurde das Jahr 2002 auf 100 gesetzt) (Angaben aus Gössel, 2013 & Statistisches Bundesamt, 2014, eigene Berechnung und Darstellung)

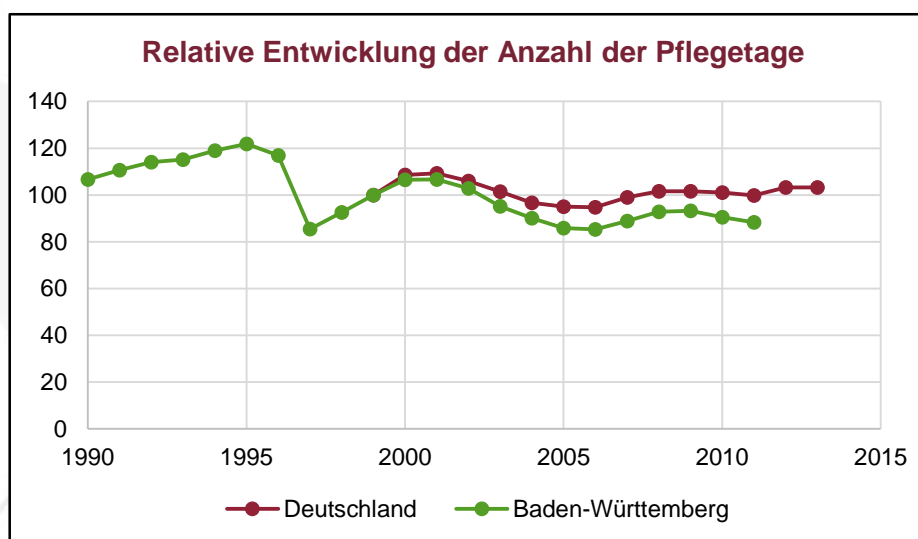


Abbildung 69: Relative Entwicklung der Anzahl der Pflagetage in Baden-Württemberg (seit 1990) und in Deutschland (seit 1999) (zum Vergleich wurde 1999 auf 100 gesetzt) (Angaben aus Gössel, 2013 & Statistisches Bundesamt, 2014, eigene Berechnung und Darstellung)

Auslastungsquoten und Verweildauern in Einrichtungen von Rehabilitation und geriatrischer Rehabilitation

Nachfolgend werden Kennzahlen von Auslastungsquoten und Verweildauern zwischen allen Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg und speziell geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen verglichen.

Während die Auslastungsquote nach einem deutlichen Rückgang von 91,2 % (1995) auf 62,5% (1997) langsam steigt und wieder 76,8% erreicht hat, verbleibt die mittlere Verweildauer nach einem Rückgang im Jahr 1997 relativ konstant bei ca. 25 Tagen (Gössel, 2013).

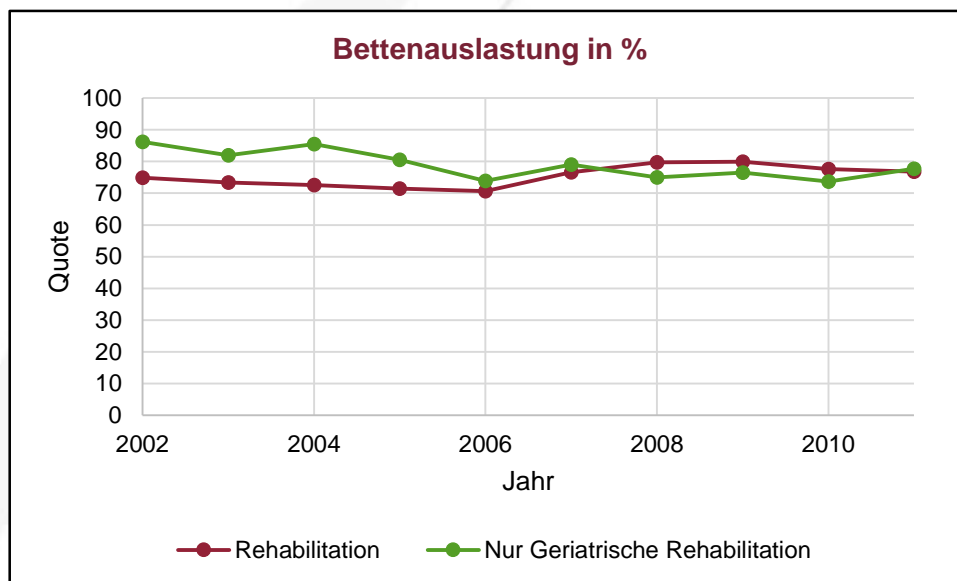


Abbildung 70: Bettenauslastung in Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg (Angaben aus Gössel, 2013 & Statistisches Bundesamt, 2014, eigene Berechnung und Darstellung)

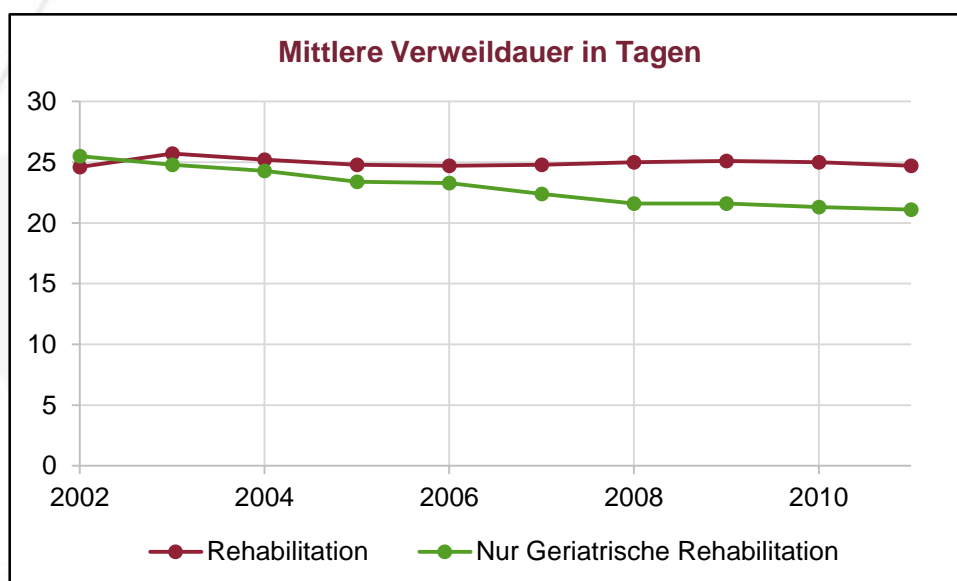


Abbildung 71: Mittlere Verweildauer in Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg (Angaben aus Gössel, 2013 & Statistisches Bundesamt, 2014, eigene Berechnung und Darstellung)

In der Bettenauslastung unterscheidet sich die spezielle geriatrische Rehabilitation nur in geringem Maße von den Rehabilitationsangeboten gesamt. Dies gilt nicht für die mittleren Verweildauern. Diese sind in der geriatrischen Rehabilitation deutlich kürzer. Zudem vergrößert sich der Unterschied zwischen den Rehabilitationsformen kontinuierlich. Dieser Unterschied ist nicht diagnosebedingt. Vielmehr zeigen Daten des Statistischen Landesamts, dass ältere Patienten bei gleicher Diagnose deutlich verkürzte Verweildauern haben (Statistisches Landesamt, 2014). Da sich bei geriatrischen Patienten in der Regel verlängerte Rekonvaleszenzzeiten ergeben (Eckardt & Steinhagen-Thiessen, 2012) stellt sich hier berechtigter Weise die Frage, ob im Land Baden-Württemberg für ältere und alte Menschen eine ausreichende Versorgungsqualität im Bereich Rehabilitation gewährleistet werden kann. Dies erscheint vor dem Hintergrund der Vermeidung oder Minderung dauerhafter Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ein hoch relevanter Aspekt.



Trotz längerer Zeiten der Rekonvaleszenz haben geriatrische Patient(innen) in Baden-Württemberg, im Vergleich zu anderen Altersgruppen, kürzere Verweildauern in der Rehabilitation.

Auffällig ist auch, dass die Zahl der belegten Betten pro ärztlicher Vollkraft seit 1991 von 105,1 auf heute 79 gesunken ist - dabei schwankt sie seit 2003 relativ konstant zwischen 82,6 (im Jahr 2008) und 78,3 (im Jahr 2006) (Gössel, 2013). Ähnlich entwickelte sich die Zahl der Vollzeitstellen pro belegtem Bett bei den Pflegekräften. Von 57 belegten Betten pro Vollkraft im Jahr 1991 sank die Quote auf 33,7 belegte Betten im Jahr 2011 (ebd.). Auch wenn dies rechnerisch einer Entlastung entspricht, ist unklar, ob diese zum Beispiel durch gestiegene Verwaltungsaufwände wieder aufgebraucht wird. Gössel (2013) wirft zudem die Frage auf, ob für eine optimale Versorgung der Patienten nicht eine weitere Verringerung der Personalbelastung angestrebt werden sollte.

134

Rehabilitationsempfehlungen bei Pflegebedürftigkeit

Zahlen zu Personen, die Rehabilitationsleistungen bei Vorliegen von Pflegestufen erhalten, liegen für Baden-Württemberg noch nicht vor - generell ist die Studienlage in diesem Bereich dünn. Dennoch weisen Rothgang et al. (2013) auf wichtige Aspekte hin:

- Pflegebedürftige nehmen bei ansonsten gleichen Bedingungen (Alter, Geschlecht, Erkrankungen etc.) nur halb so viele Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch wie Nicht-Pflegebedürftige. Allerdings erhalten Pflegebedürftige in den Monaten vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit in höherem Ausmaß Rehabilitation: So haben rund 15% der erstmalig Pflegebedürftigen im Jahr zuvor mindestens eine Rehabilitation erhalten. Nicht pflegebedürftige Personen haben in diesem Zeitraum zu 4% eine Rehabilitation erhalten. Rund 6% der Pflegebedürftigen haben sogar im Monat direkt vor Pflegeeintritt eine Rehabilitation erhalten. Vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit finden also verstärkt Rehabilitationsanstrengungen statt.

- Verschiedene Aspekte können für die geringere Rehabilitationsquote nach Pflegeeintritt verantwortlich sein: Die vorangegangenen Rehabilitationen vor der Pflegebedürftigkeit, eine geringe Quote der Reha-Empfehlungen bei der Begutachtung, aber auch Fehlanreize im Finanzierungssystem (Wettbewerb und Budgetierung GKV).
- Die Analysen zu den Reha-Häufigkeiten zeigen hohe Reha-Quoten insbesondere dann, wenn Lähmungen, Schlaganfall, Frakturen, Multiple Sklerose und Herzinfarkt vorlagen. Bei Schlaganfall, Frakturen und Herzinfarkt handelt es sich um Akutereignisse. Rehabilitation wird somit verstärkt von Akutpatienten in Anspruch genommen und weniger durch geriatrische multimorbide Patienten ohne akutes Ereignis.
- Rehabilitative Leistungen für demenziell Erkrankte werden häufig kontrovers diskutiert und eher negativ beurteilt, wodurch eine Rehabilitationsempfehlung eher unwahrscheinlich wird. Dennoch wird darauf hingewiesen, dass auch im Fall des Vorliegens einer Demenz sehr wohl die Rehabilitation bei anderen Erkrankungen erfolgversprechend sein kann (ausführlich in Korczak et al. 2012). Essentiell sei dabei aber das vertraute häusliche Umfeld, weshalb hier vor allem das ambulante oder gar mobile Setting zu empfehlen ist.

Zukünftige Entwicklungen

Für die Frage nach zukünftigen Entwicklungen von Prävention und Rehabilitation im Kontext von Pflege erscheinen zwei Themenfelder besonders relevant. Zum einen ist dies die **Finanzsituation in der geriatrischen Rehabilitation** zum andern das **Themenfeld Demenz** in Prävention und Rehabilitation. Eine Betrachtung der Finanzsituation erscheint wichtig, da es bereits zu Schließungen von Rehabilitationseinrichtungen kam. Diese Entwicklung wird auch von den Verantwortlichen des Landes „mit Sorge“ betrachtet (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2014). Auch der Zusammenschluss der geriatrischen Landesarbeitsgemeinschaften bewertet die eigene Finanzsituation immer wieder kritisch (Jamour & Metz, 2014). Um auszuschließen, dass es sich hierbei nur um Einzelfälle handelt und um ein landesweites Meinungsbild zu diesem Thema zu generieren, wurden in einer vom IAF der Katholischen Hochschule Freiburg durchgeführten Online-Umfrage die Leitungen aller im Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg aufgeführten Einrichtungen gebeten, Angaben zu ihrer Finanzsituation zu machen. Dabei wurde pro Einrichtung eine Person angeschrieben, in der Regel die ärztliche Leitung. Weiterhin wurden in dieser Online-Umfrage Fragen zum Themengebiet Demenz in der geriatrischen Rehabilitation gestellt. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels ist von einer deutlichen Zunahme der Anzahl von Menschen mit Demenz auszugehen. Dies stellt die Einrichtungen vor die Herausforderung, ihre Angebote speziell auf diese Menschen auszurichten. In einer Meta-Analyse weisen Korczak, Steinhauser & Kuczera (2012) darauf hin, dass Rehabilitation auch mit Nebendiagnose Demenz gut gelingt, wenn auf die besonderen Bedarfe dieser Gruppe eingegangen werden kann. Dies steht im Widerspruch zur

Praxis in der Menschen mit Demenz häufig als „körperlich und kognitiv so stark eingeschränkt gesehen werden, dass sie keine spezifischen Rehabilitationsprogramme erhalten“ (ebd. S.1). Entsprechend wird auch in der aktuelle S3-Leitlinie zur Behandlung von Demenzerkrankungen gefordert Rehabilitationsprogramme auch Menschen mit Demenz nicht vorzuenthalten (DGN & DGPPN, 2009). Die Umfrage, erstellt im Kontext des vorliegenden Gutachtens, untersucht aus Sicht der Leitungen von Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg, ob diese für die wachsende Patientengruppe der Menschen mit Demenz vorbereitet sind.

IAF Erhebung: Zukunft der geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg Vorgehen und Drop-Out Analyse

Für die Online-Befragung wurden zunächst mittels einer Internetrecherche die Mailadressen der Leitungen von den im Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg (2014) gelisteten 52 geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen ermittelt. Dabei fiel auf, dass zwei dieser Einrichtungen inzwischen geschlossen wurden. Sechs Einrichtungen sind im Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg 2014 doppelt gelistet, da sie ambulante und stationäre Rehabilitation anbieten. Da die Leitung dieser sechs Einrichtungen teilweise in Personalunion ausgeübt wird, wurden in diesen Fällen nicht beide Abteilungen angeschrieben, um Doppelungen zu vermeiden. Eine weitere Einrichtung wurde aus inhaltlichen Gründen nicht angeschrieben. Von den angeschriebenen 43 Einrichtungen, konnten 6 Mails nicht zugestellt werden. Die Umfrage wurde von 36 Teilnehmern geöffnet - 15 davon nahmen an der Umfrage teil. Dies entspricht einer Quote von 40,5 % der erreichten Einrichtungen und 28,8 % der im Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg (2014) gelisteten Einrichtungen. Es kann daher von einer ausreichenden Felderreicherung ausgegangen werden.

136

Finanzierung der geriatrischen Rehabilitation

Den Einrichtungen wurden Fragen zu den Vergütungssätzen der Krankenkassen gestellt, zur Arbeit der Landesschiedsstelle Rehabilitation, zur Einschätzung der zukünftigen Finanzsituation und zur Konkurrenzsituation zwischen Rehabilitation und Akutbehandlung in Krankenhäusern. In diesen Fragen wurden entsprechende Aussagen getroffen, zu denen die Befragten in einer 5-stufigen Skala Zustimmung oder Ablehnung signalisieren konnten (vgl. *Abbildung 72: IAF-Umfrage: Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation. Finanzielle Situation der geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg.* Zudem gab es in zwei Freitextantworten die Möglichkeit, zu den dauerhaften Betrieb erschwerenden Faktoren und zur finanziellen Ausstattung Stellung zu beziehen.

Die Mehrheit der Befragten stimmt der Aussage „Die Vergütungssätze der Krankenkassen decken die tatsächlichen Kosten“ nicht zu (Mittelwert 4,69; SD: 0,48), alle Teilnehmer stimmen der Aussage nicht oder eher nicht zu (Minimum: 4). Sie geben an, dass die „Finanzierung der Einrichtung bei gleichbleibenden Vergütungssätzen der Krankenkassen“ in Zukunft bedroht ist (Mittelwert 1,62; SD 1,04). Der Aussage „Durch die Einrichtung der Landesschiedsstelle Rehabilitation verbessert sich die Finanzlage dieser Einrichtung.“ wird überwiegend nicht zugestimmt (Mittelwert 4,36; SD: 0,81). Kein Teilnehmer stimmt der Aussage zu oder „eher

zu“. Auf die Aussage „Mit den Ergebnissen der Landesschiedsstelle Rehabilitation bin ich zufrieden.“ reagieren die Befragten mit Ablehnung (Mittelwert 4,8; SD: 0,63). Der Aussage „Die Behandlung in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen steht in Konkurrenz zur Behandlung in Akutkrankenhäusern“ wird in Teilen zugestimmt (Mittelwert 3,73; SD: 1,35). Dabei gibt es sowohl Antworten mit voller Zustimmung wie auch mit voller Ablehnung der Aussage (Minimum 1; Maximum 5). Zum Schluss stimmen die Befragten dem Item „Der dauerhafte Betrieb unserer Rehabilitationseinrichtung ist aufgrund anderer Faktoren erschwert.“ in Teilen zu (Mittelwert 2,69; SD: 1,6). Auch hier wird die volle Breite der Skala ausgenutzt (Minimum 1; Maximum 5).

In den Freitextantworten wird vor allem auf die gesetzlichen Grundlagen und die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen hingewiesen. Im Einzelnen sind dies „die mangelnde Vergütung durch die Krankenkassen (3 Nennungen), die Ablehnung von Anträgen und Verlängerungsanträgen (2 Nennungen), die 4-Jahres-Regelung, das komplizierte Antragsverfahren, dass die Prüfung von Ablehnungen im klinische Alltag erschwert ist und die Behandlungsdauer der ambulanten Reha verkürzt wurde. Ein zweiter Themenbereich betrifft die Konkurrenz zur Akutgeriatrie, diese sei „schon jetzt gegeben“ (2 Nennungen) und zu einer häufigen Umsteuerung in die orthopädische Rehabilitation. In weiteren Freitextantworten wird der Personalmangel thematisiert und die Transportkosten in der ambulanten Rehabilitation werden als sehr hoch angesehen.

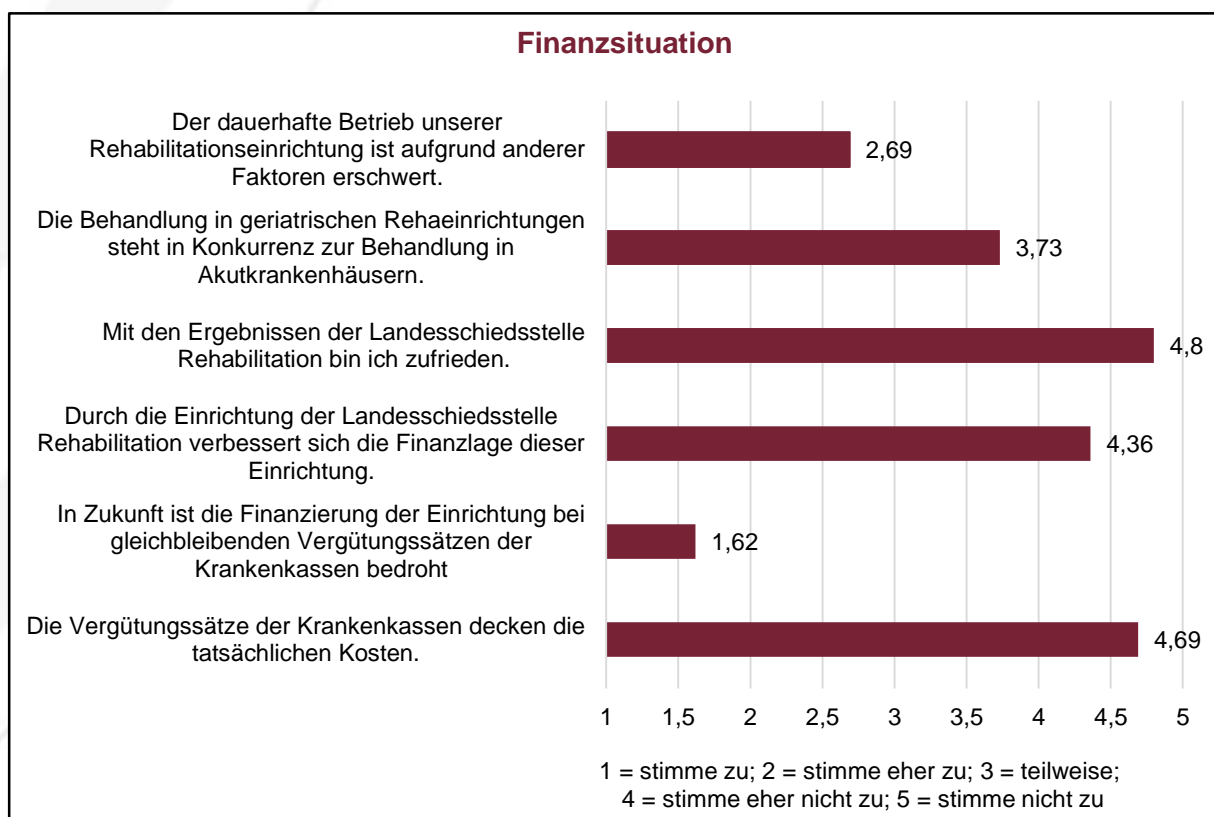


Abbildung 72: IAF-Umfrage: Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation. Finanzielle Situation der geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg. Darstellung der Mittelwerte

In einer zweiten Freitextfrage wurde zudem darauf hingewiesen, dass Kosten wie Investitionskosten in den Pflegesätzen nicht in ausreichendem Maße abgebildet sind und besonders in Zukunft wachsende Mieten zu erwarten wären.

Zusammenfassend bewerten die ärztlichen Leitungen die finanzielle Situation als negativ. Sie gehen nicht davon aus, dass die Vergütungssätze der Krankenkassen die tatsächlichen Kosten decken und sehen die finanzielle Absicherung ihrer Einrichtungen in Zukunft gefährdet. Auch die Einrichtung der Landesschiedsstelle Rehabilitation, hat aus Sicht der Ärzte nicht zu einer Entlastung beigetragen.



Vergütungssätze der Krankenkassen werden als zu gering eingeschätzt - die Einrichtung der Landesschiedsstelle Rehabilitation hat zu keiner Verbesserung geführt. Bei gleichbleibenden Vergütungssätzen sind Einrichtungen von Schließungen bedroht.

Demenz in der geriatrischen Rehabilitation

Im zweiten Teil der Umfrage wurden elf Fragen zum Thema Menschen mit Demenz in der geriatrischen Rehabilitation gestellt. Neben einer Frage zur Häufigkeit von Demenz in der geriatrischen Reha wurden 10 Aussagen formuliert, zu denen die Befragten in fünf Stufen Zustimmung oder Ablehnung ausdrücken konnten. Diese betrafen vier Fragen zum Bereich der medizinischen Versorgung in der Rehabilitation und sechs Fragen zu Umweltfaktoren, welche die Lebensqualität von Menschen mit Demenz beeinflussen können.

138

Im Mittel erfüllen 26,54% der Patienten der geriatrischen Rehabilitation die diagnostischen Kriterien für eine Nebendiagnose Demenz, die Spannweite in den Antworten reicht hier von 5% bis 50%. Der Aussage „Die Ernährung orientiert sich an speziellen Bedarfen der Menschen mit Demenz“ wird in Teilen zugestimmt (Mittelwert: 2,87; SD 1,19). Auch der Aussage „Die baulichen Gegebenheiten in unserer Einrichtung entsprechen den speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz (Rundgänge, Lichtverhältnisse, ...)“ wird in Teilen zugestimmt (Mittelwert: 3,33; SD 1,29). Dies gilt auch für die Frageitems „Dem erhöhten Betreuungsbedarf der Menschen mit Demenz kann entsprochen werden“ (Mittelwert: 3,2; SD 1,47) und „In der Einrichtung gibt es für Menschen mit Demenz spezielle geschützte Bereiche (Mittelwert: 3,8; SD: 1,47). In diesen vier Bereichen wird die volle Skala angekreuzt, das heißt es existieren sowohl Einrichtungen, die den Aussagen voll zustimmen, wie auch Einrichtungen die ihnen nicht zu stimmen. Zustimmung erhalten die Aussagen (Auf eigenen Wunsch hin können pflegende Angehörige den Menschen mit Demenz am Tagesablauf in der Reha unterstützen“ (Mittelwert: 1,87; SD: 1,06) und „Das Personal unserer Einrichtung ist fachlich für die spezifischen Bedarfe von Menschen mit Demenz qualifiziert“ (Mittelwert: 2,13; SD: 0,83).

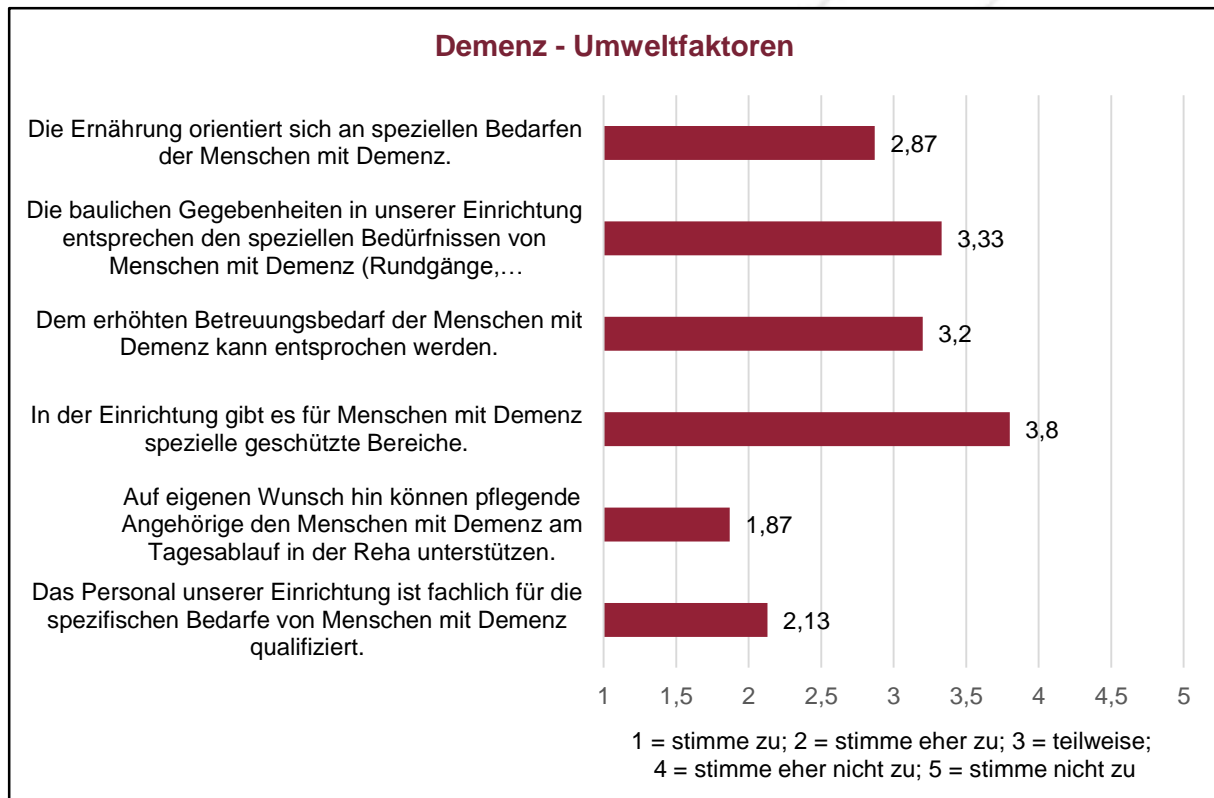


Abbildung 73: IAF-Umfrage: Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation. Demenz. Umweltfaktoren. Darstellung der Mittelwerte

Der zweite Fragenkomplex befasst sich mit primär medizinischen Aspekten der Rehabilitation. Dabei werden Menschen mit Demenz in Entscheidungen mit einbezogen, der Frage „Menschen mit Demenz werden in Entscheidungen mit einbezogen“ wird überwiegend zugestimmt (Mittelwert: 2,2; SD: 0,78). Die Diagnostik wird bei Menschen mit Demenz nicht als erschwert erlebt (Mittelwert 2,0; SD 2,2). Der Aussage „Intervention bei akuten Schmerzen gelingen bei Menschen mit und ohne Demenz in gleichem Maß“ wird teilweise zugestimmt (Mittelwert 2,79; SD 1,05). Ebenso wird die Nachhaltigkeit der Rehabilitation bei Menschen mit Demenz teilweise als erschwert angesehen (Mittelwert 3,33; SD 1,18).

Demenz - Medizinische Faktoren

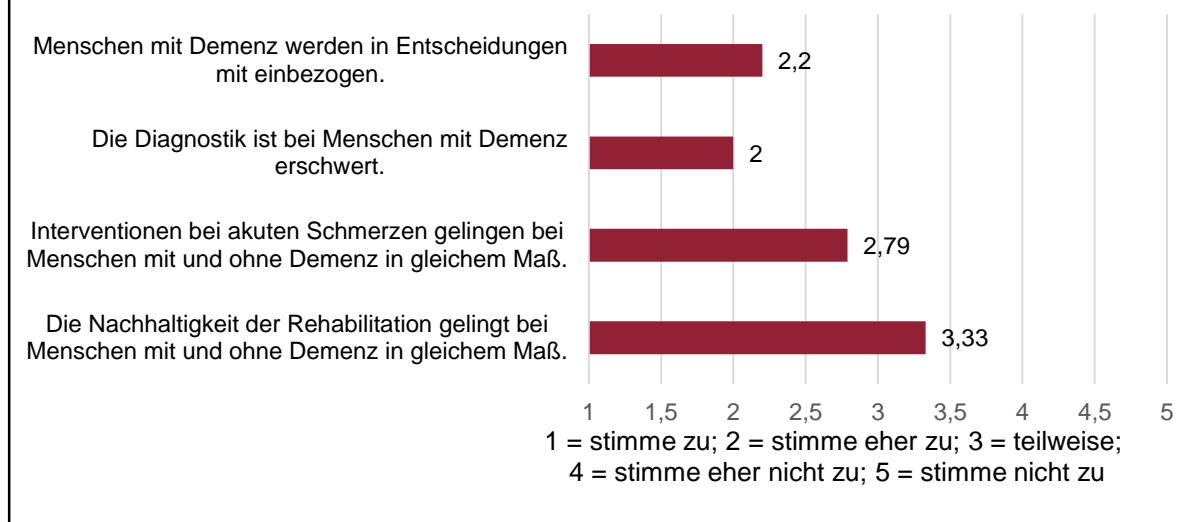


Abbildung 74: IAF-Umfrage: Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation. Demenz. Medizinische Aspekte. Darstellung der Mittelwerte

Wesentlich uneinheitlicher sind die Antworten im Themenfeld Demenz. Im Bereich der Umweltfaktoren werden die verschiedenen Items deutlich heterogener beantwortet. Hier wird in der Regel die komplette Skala ausgenutzt, was so interpretiert werden kann, dass manche Einrichtungen Menschen mit Demenz gut in ihren Ablauf integrieren können und in anderen Einrichtungen diesbezüglich Handlungsbedarf besteht. In der zweiten Fragengruppe zum Bereich Demenz, wurde deutlich homogener geantwortet. Demnach ist Rehabilitation bei Menschen mit Demenz erschwert, kann aber gelingen. Positiv hervorzuheben ist, dass der Zugang zu dieser Patientengruppe gegeben zu sein scheint, da ein Viertel der Patienten in den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen die diagnostischen Kriterien für eine Nebendiagnose Demenz erfüllt.



Die Nebendiagnose Demenz stellt eine Realität in der geriatrischen Rehabilitation dar. Ausstattung, Struktur und fachliche Expertise im Umgang mit Menschen mit Demenz in der Rehabilitation werden allerdings sehr heterogen bewertet.



Kapitel 4 des Gutachtens 141

**Handlungsempfehlungen
und Forschungsdesiderate**



Handlungsempfehlungen und Forschungsdesiderate zu Kapitel 1:

- **Bevölkerungswachstum bei gleichzeitigem Anstieg des Durchschnittsalters in Baden-Württemberg**

Für das Land Baden-Württemberg ergibt sich für die Zukunft ein Bevölkerungswachstum bei gleichzeitigem Anstieg des Durchschnittsalters (vgl. 1.1). Der prognostizierte Rückgang der 20 bis 59jährigen und der überproportionale Zuwachs der ab 80jährigen führen insgesamt zu einem erwartbaren deutlichen Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen, bei einem gleichzeitigen Rückgang des benötigten Pflege- und Unterstützungspotenzials. Eine Zukunftsaufgabe wird für das Land Baden-Württemberg also darin bestehen, trotz dieser Herausforderungen eine gute Pflege für eine wachsende Zahl von Menschen zu gewährleisten. Neben der Gewinnung von Nachwuchs in der Pflege und von unterschiedlichen Akteuren, die den Pflegeprozess im Sinne eines Pflegemix gestalten können, werden auch neue Konzepte gebraucht, die die bisherige Logik von ambulant versus stationär durchlässiger gestaltet. Die geschilderten Herausforderungen sind mit einem „einfachen Mehr vom immer Gleichen“ nicht zu bewältigen.

- **Entwicklungen im Stadt-Land-Vergleich**

Die Unterschiede zwischen Stadt und Land in Baden-Württemberg nehmen zu - das gilt auch für die Bedarfe und Bedingungen in der Pflege. Die Tatsache, dass die Städte und städtischen Regionen weiter wachsen werden, während ländliche Kommunen schrumpfen, führt zu einem starken Handlungsdruck in einigen Regionen Baden-Württembergs. Im Bereich der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf zeigen sich deutliche Muster, die für regionale Besonderheiten stehen. So ist beispielsweise die stationäre Pflegequote in den Stadtkreisen deutlich höher als in den Regionen mit ländlichen Siedlungsstrukturen. Dies spricht dafür, in der Pflegepolitik spezifische regionale Bedürfnisse stärker zu beachten und die Zuständigkeiten von Kommunen für die Sicherung der Pflege zu stärken.

- **Weichenstellungen in die Zukunft – Orientierung an Szenarien**

Die vorgestellten Szenarien für die Zukunft der Pflege machen deutlich, dass diese nicht nur einen prognostisch-beschreibenden Charakter haben, sondern auch Modelle für eine bewusste Orientierung in der Pflegepolitik sind. Die Entscheidung für ein Szenario II, wie es die Bertelsmann Stiftung skizziert, würde zu einer Ausweitung der Platzzahl in der stationären Pflege führen, damit aber andere Entwicklungen in Richtung Szenario III eher blockieren bzw. verhindern. Das bedeutet, dass hier augenblicklich Weichen für die Zukunft gestellt werden. Untrennbar damit verknüpft ist die zentrale Frage, wie die sich abzeichnenden Versorgungslücken geschlossen werden können und wie das, je nach Szenario unterschiedlich benötigte, zusätzliche Personal gewonnen werden soll. Vor diesem Hintergrund muss heute entschieden werden, wohin sich Baden-Württemberg im Bereich der Pflege künftig entwickeln will, was also das Leitbild in der Pflegepolitik ist. Damit verknüpft sind die in diesem Kontext notwendigen politischen Rahmensetzung und die entsprechende Förderpolitik.

- **Menschen mit besonderem Pflegebedarf stärker berücksichtigen**

Menschen mit Demenz sind mittlerweile stärker im Blick - die Zahlen zur Prävalenz und den damit verbundenen Entwicklungen für die Zukunft können relativ gut skizziert und notwendige Handlungsbedarfe formuliert werden. Die Datenlage zur Situation anderer Personengruppen mit spezifischen Pflegebedarfen ist dagegen eher schlecht. Dies gilt unter anderem für ältere psychisch kranke sowie auch für schwerst- und mehrfachbehinderte ältere und alte Menschen. Die Debatte darüber ist zu führen, welche Modelle, auch unter dem Blickwinkel des Inklusionsgedankens, hier für die Zukunft zu entwickeln sind und wie sich die bislang parallel bestehenden und sehr unterschiedlichen Logiken von Behinderten- und Altenhilfe besser miteinander verknüpfen lassen.

- **Ältere Migrant(inn)en – Interkulturelle Öffnung der Pflege**

Baden-Württemberg ist bundesweit das Flächenland mit dem höchsten Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund; Die stark wachsende Bevölkerungsgruppe der älteren und alten Migrant(inn)en ist aber bisher im Bereich der Leistungen nach SGB XI unterrepräsentiert. Dies wird sich in der absehbaren Zukunft verändern. In diesem Kontext kann es nicht darum gehen, eigene Strukturen zu schaffen, sondern eine interkulturelle Öffnung der Altenhilfe einzufordern und zu unterstützen. Interkulturalität in der Pflege bedeutet insgesamt eine Öffnung für die Belange aller Menschen mit sehr verschiedenen biografischen Prägungen.

- **Leben und Wohnen im Alter im Wandel – veränderte Pflegebedarfe**

Pflegebedürftige Menschen wollen so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung bleiben. Quartiersnahe Versorgungskonzepte, in ihrer klaren Verknüpfung mit dem Sozialraum, brauchen neue Berufsgruppenkonzepte, die dies möglich machen. Gleichzeitig muss über eine Neuausrichtung der stationären Pflege in zwei unterschiedliche Richtungen nachgedacht werden. Eine stärkere Verknüpfung der stationären mit der ambulanten Logik öffnet die Heime einerseits stärker in den Sozialraum und schafft die Voraussetzungen für alternative Wohn- und Versorgungskonzepte. Andererseits braucht es fachlich sinnvolle Antworten auf die Entwicklung in Richtung immer kürzerer Verweildauern in den stationären Einrichtungen, die damit stärker zu Orten des Sterbens werden, dafür bislang aber strukturell nicht geeignet und ausgestattet sind.

- **Häuslichen Pflegesettings mehr Beachtung schenken**

Die Datenlage zu häuslichen Pflegesettings beschränkt sich bisher auf die Ausweisung der Höhe der Leistungen nach SGB XI. Was aber in der Häuslichkeit genau passiert, auch unter der Beachtung von milieuspezifischen und regionalen Aspekten und vor dem Hintergrund einer verstärkten Entwicklung von Pflegearrangements im Sinne von Long-Distance-Caregiving, ist wenig beleuchtet. Hier bestehen ganz klar weitere Handlungsbedarfe und ein entsprechendes Forschungsdesiderat.

Handlungsempfehlungen und Forschungsdesiderate zu Kapitel 2:

- **Fragen der Organisation und Aufgabenverteilung:**

Aufgrund des hohen Bedarfs an Pflegekräften wird die Ausbildung auf unterschiedlichen Qualifikationsniveaus erforderlich sein (bspw. hochschulische Ausbildung, traditionelle 3-jährige Berufsausbildung, 1- und 2-jährige Ausbildung zur Pflegeassistenz). Dieser Qualifikations-Mix in der Pflege erfordert neue Organisations- und Arbeitsformen bei der Versorgung der pflegebedürftigen Menschen. Bislang weitgehend unklar und deshalb dringlich zu erarbeiten sind Aufgaben- bzw. Kompetenzbeschreibungen für die unterschiedlichen Qualifikationsprofile in den einzelnen Versorgungssettings. In diesem Zusammenhang ist die traditionelle Aufgabenverteilung von Health Professionals insgesamt zu betrachten und beispielsweise vor dem Hintergrund des § 63 SGB V bzw. der Heilkunde-Übertragungsrichtlinie Modellvorhaben zu initiieren, die eine Übertragung von bislang dem ärztlichen Bereich zugeordneten Aufgaben auf Pflegende prüfen.

- **Berufsverbleib in den Pflegeberufen erhöhen und Wiedereinstieg in den Beruf fördern**

Der Bedarf an Pflegekräften macht deutlich, dass es dringend erforderlich ist, es Pflegekräften zu ermöglichen, bis zum Renteneintritt im Beruf zu verbleiben. Damit dies gelingen kann, sind Grundlagen des betrieblichen Gesundheitsmanagements in den Einrichtungen zu verstärken oder zu etablieren. Dazu gehören beispielsweise Fragen der Belastungen am Arbeitsplatz und deren Minimierung (Schicht- bzw. Nachtdienste; Heben und Tragen, häufige Arbeitsunterbrechungen, psychische Belastungen). Ebenfalls zu diesem Bereich zu rechnen sind Aspekte des Personalmanagements wie Wertschätzung und Anerkennung, aber insbesondere Fragen der Personaleinsatzplanung und des Personalschlüssels. Darüber hinaus gilt es, Pflegekräfte, die aus dem Beruf ausgestiegen sind, z.B. mit Qualifizierungsmaßnahmen oder besonderen Arbeitszeitmodellen wieder in den Beruf zurückzubringen.

Als bedeutender Faktor in diesem Zusammenhang ist die Qualifikation als Schutz bzw. Prophylaxe gegen vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf zu nennen. Wie dieses Gutachten zeigt, verbleiben besser qualifizierte Pflegende länger im Beruf bzw. sind zufriedener mit der Arbeit. Qualifikation bzw. Bildung ermöglichen z.B. einen professionellen Umgang mit den Herausforderungen des Pflegealltags und können letztlich als gesundheitsfördernd betrachtet werden. Inhaltlich anspruchsvolle Aufgaben (Verantwortungsübernahme, Mitgestaltungsmöglichkeiten) sind Aspekte, die einen positiven Einfluss auf die Verweildauer im Beruf haben.

- **Zuwanderungspolitik**

Der auch zukünftig hohe bzw. weiter steigende gesellschaftliche Bedarf an Pflege ist offensichtlich nicht alleine durch deutsche Pflegekräfte zu decken. Hier bedarf es einer

gezielten Zuwanderungspolitik und insbesondere rechtlicher Regelungen der Beschäftigungsmöglichkeiten sowie entsprechender Qualifizierungs- und Einsatzstrategien für ausländische Pflegekräfte.

Forschungsdesiderate und -lücken:

- **Pflegeberichterstattung**

Wie aus der vorgelegten Darstellung hervorgeht, gibt es nicht durchgängig valide Erhebungen beispielsweise im Hinblick auf Anzahl und Qualifikationsniveaus von Auszubildenden in den Pflegeberufen und Pflegekräften mit unterschiedlichen Abschlüssen, aufgeschlüsselt für die verschiedenen (Versorgungs-)Settings. Hier erscheint die Unterstützung bei der Errichtung einer Landespflegekammer mit einer Registrierung von Pflegefachpersonen von zentraler Bedeutung zu sein. Um genaue Aussagen zum aktuellen und zukünftigen Bedarf an Pflegekräften treffen zu können ist darüber hinaus die Einrichtung einer Pflegeberichterstattung / eines Pflegeregisters im Hinblick auf pflegerrelevante Diagnosen (pflegeepidemiologische Daten) zu prüfen.

- **Ausbildung in der Pflege: Umsetzung des neuen Gesetzes über den Pflegeberuf**

Angesichts des neuen Pflegeberufsgesetzes bzw. der damit verbundenen generalistischen Ausbildung erscheint es dringlich geboten, die Umsetzung (wissenschaftlich) zu begleiten und die Effekte dieser Reform zu beobachten.

- In welcher Weise führt die generalistische Ausbildung zu einer Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes und entsprechend zu Zuwachsraten in der Ausbildung?
- Wie sind die Ausbildungsinhalte insbesondere hinsichtlich der Pflege und Versorgung alter Menschen im Rahmen der generalistischen Ausbildung repräsentiert?
- In welcher Weise wirkt sich die, durch das Gesetz ermöglichte, hochschulische Ausbildung auf die Qualität der Pflege und die Attraktivität des Berufes aus?

- **Situation der Pflegeschüler(innen) in Zeiten des Pflegenotstands**

In einer Erhebung von Engelkamp (2001) konnte festgestellt werden, dass Schüler(innen) der Altenpflege bereits am Ende ihrer Ausbildung an Symptomen von Burn-out leiden würden. Da die Arbeitsbelastung in der Pflege seit dieser Zeit eher zugenommen hat, ist davon auszugehen, dass sich dieser Befund nicht gebessert hat. Jedoch gibt es keine Studien zur Situation von Pflegekräften nach/ bei Abschluss ihrer Ausbildung. Es gilt diese Situation zu erforschen, um festzustellen, welche Faktoren dazu beitragen, einen frühzeitigen Berufsausstieg von qualifizierten Pflegekräften zu verhindern.

Handlungsempfehlungen und Forschungsdesiderate zu Kapitel 3

- **Umsetzung des Konzeptes „Reha vor Pflege“**

Geriatrische und Pflegeverbände bemängeln die Umsetzung des Konzeptes ‚Reha vor Pflege‘. Der Versuch der Wiederherstellung von Funktionen wird vermieden. Häufig werden im Vorfeld einer rehabilitationsbegründenden Erkrankung/ Einschränkung aufgrund einer ungünstigen Prognose oder bereits bestehender Multimorbidität rehabilitative Maßnahmen nicht eingeleitet. Einen anderen Hintergrund für die Tatsache, dass die rehabilitative Versorgung in Baden-Württemberg noch deutlich optimierbar ist, stellen Entscheidungen dar, die von Ressourcenallokation und nicht von medizinisch-rehabilitativen Erwägungen geleitet werden (vgl. auch Gogol 2014). Aufgrund interventionsgerontologischer und geriatrischer Erkenntnisse sollte die Ausschöpfung der Möglichkeiten eines Behandlungsversuchs deutlich optimiert werden.

- **Wohnortnähe in der Primärprävention**

Wohnortnahe und niederschwellige Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung sind notwendig, um die gesundheitlichen Ressourcen und die Eigenverantwortung jedes Einzelnen zu stärken. Kommunale Akteure sind neben Hausarztpraxen und ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zentrale Ansprechpartner für Gesundheitsförderung und Prävention. Kommunale Gesundheitskonferenzen als regionalen Informations- und Kommunikationsplattformen von Akteuren im Gesundheitsbereich kommt eine große Bedeutung zu. Es geht dabei um

- Förderung von Patientenbegleitprogrammen
- Schaffung von interventionsgerontologischen Maßnahmen im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit (beispielsweise bei Sehbehinderung im Alter)
- Stärkung und Förderung von Gesundheitskompetenz
- Ausbau der Vernetzung ambulanter und stationärer Angebote

- **Zielgruppenspezifische und niederschwellige Prävention**

Präventive Maßnahmen sind auch bei bereits eingetretener Beeinträchtigung und Pflegebedürftigkeit einzubeziehen mit dem Ziel, Teilhabe und ein möglichst selbständiges Leben zu ermöglichen. Für Menschen in besonderen, schwierigen und belastenden Lebenslagen, für mobilitätseingeschränkte ältere Menschen und für demenziell erkrankte Menschen bedarf es zudem noch speziell ausgerichteter, nicht stigmatisierender Angebote. Hier sind Krankenkassen, Kommunen und medizinische Versorger gefordert, vielfältige niederschwellige Angebote im Sozialraum zu entwickeln. Die Strukturen bürgerschaftlichen Engagements in Baden-Württemberg können dabei sinnvoll genutzt werden im Sinne von Kooperation und Koproduktion im Pflege- bzw. Hilfe-Mix (Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg 2014).

- **Sicherung und Ausbau der geriatrischen Rehabilitation**

Ambulante, mobile und stationäre geriatrische Rehabilitation sind wesentliche Säulen in der Sicherung der Lebensqualität älterer Menschen. Sie sollen regelhaft wohnortnah

erfolgen, um die Kontinuität der Verankerung in Familie und Wohnort zu ermöglichen und die Angehörigen in den Rehabilitationsprozess einzubeziehen. Geriatrische Patientinnen und Patienten bzw. Versicherte haben bei entsprechender Indikation einen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation. Der Zugang zu geriatrisch-rehabilitativer Behandlung muss sowohl aus stationärer wie auch aus ambulanter Behandlung heraus unbürokratisch und pragmatisch gestaltet werden, mit dem Ziel „Rehabilitation vor Pflege“. Die geriatrische Rehabilitation, mit hoher fachlicher Qualität, soll in ihrer Struktur flächendeckend erhalten und bedarfsgerecht ausgebaut werden. Die ambulante und die ambulant-mobile geriatrische Rehabilitation stellen flexible und daher auch zukunftsorientierte Versorgungsformen dar. Ein zügiger Ausbau ist dringlich. In der geriatrischen Rehabilitation ist eine ausreichende Finanzierung sicherzustellen. Die gesetzlichen Krankenkassen bekennen sich zu ihrer Struktur- und Finanzierungsverantwortung (GeriatRIekonzept des Landes Baden-Württemberg 2014).

Forschungsdesiderate und -lücken

- Annäherungen an die Messbarkeit von präventiven Maßnahmen: Definition und Erhebung von Präventionsangeboten (primär, sekundär, tertiär) im Land. Im ersten Schritt Beschreibung und Definition, schließlich könnten auch hier Wirksamkeitsanalysen angestrebt werden. Wohnortnahe und niederschwellige Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung müssen stärker in der Diskussion um Vermeidung von Pflegebedürftigkeit Beachtung finden.
- Verbesserung der Datenlage für Baden-Württemberg zu Rehabilitationsempfehlungen und Rehabilitationsmaßnahmen bei vorliegender Pflegestufe. Es geht dabei um Verlaufsstudien, auch um die Wirksamkeit von geriatrischer Rehabilitation im Kontext der weiteren Pflegeverläufe (Stufen und Grade der Pflegebedürftigkeit) zu verfolgen. Hochrechnungen für Rehabilitation: Prognosen aus den bislang vorliegenden Daten erlauben noch keine genaueren Berechnungen - im Rahmen eines 2-3-jährigen Forschungsprojekts, verbunden mit einer systematischen Datenerhebung im Land, wäre das aber realisierbar.

Dankesworte

Dieses Gutachten wurde von einem Expert(inn)enteam der Katholischen Hochschule erstellt, das die Fragen der Enquete-Kommission „*Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten*“ aus multidisziplinärer Sicht beantwortet hat. Dabei kamen die Perspektiven von Pflege, Berufspädagogik, Gerontologie und Soziologie zum Tragen, die insgesamt die aufgeworfenen Fragen, zum Teil auch in einem breiteren Kontext, diskutiert und beantwortet haben. Leider gab es dabei Limitationen, weil für einige Fragestellungen das notwendige Zahlenmaterial gar nicht oder nur ungenügend verfügbar ist. In diesen Fällen wurden die Datenlücken benannt und Forschungsdesiderate formuliert.

Dass das Gutachten dennoch zu pointierten Aussagen und Prognosen kommt, ist auch der vertrauensvollen Kooperation mit anderen Instituten und Einrichtungen zu verdanken, für die wir an dieser Stelle unseren ausdrücklichen Dank aussprechen. Ohne die Datensätze der Bertelsmann Stiftung und des MDK Baden-Württemberg wären viele Analysen so nicht möglich gewesen – entsprechende Datennutzungsverträge haben dafür die Grundlage geliefert. Vielen Dank für diese Form der Zusammenarbeit und Unterstützung.

Auch die Fachstelle für ambulant unterstützte Wohnformen - **FaWo** in Stuttgart hat uns mit ihren Rechercheergebnissen hilfreich unterstützt, ebenso wie das Statistische Landesamt Baden-Württemberg. Auch dafür danken wir.

Für einige Fragestellungen wurden eigene Erhebungen durchgeführt, die an alle Pflegeschulen, geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, und an die Pflegestützpunkte gingen. Außerdem fanden Experteninterviews mit Mitarbeiter(inne)n der Beratungsstellen für ältere Menschen und ihre Angehörigen statt. Allen, die sich daran beteiligt haben, sei ebenfalls gedankt.

Nicht zuletzt war auch die Unterstützung durch die Geschäftsstelle der Enquete-Kommission im Landtag von Baden-Württemberg sehr hilfreich – Thomas Mattes und Martin Holzke haben sich in allen Fragen und Belangen um eine gute und reibungslose Zusammenarbeit gekümmert.

Das Ergebnis dieser Kooperationen liegt nun vor – es soll die Diskussionen um die Zukunft der Pflege in Baden-Württemberg befruchten und zu guten Entwicklungen beitragen.

Freiburg, im Juli 2015

Prof. Dr. Cornelia Kricheldorff

Prof. Dr. Ines Himmelsbach

Prof. Dr. Anne Kellner

Prof. Dr. Ulrike Thielhorn

Prof. Dr. Burkhard Werner

Verwendete Literatur

Teil 1

- BMSFSJ – Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. [URL] <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/root.html> [Stand: 04.09.2012].
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006a): Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005, Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG IV), tns infratest München, Autor: Ulrich Schneekloth. [URL] <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/hilfe-und-pflegebeduerftige-in-alteneinrichtungen.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Stand: 07.07.2015].
- BWKG – Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (2005): Interner Bericht. Stuttgart: Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft.
- City Population (2015): Internetportal Bevölkerung Deutschland, Baden-Württemberg. [URL] http://www.citypopulation.de/Deutschland-BadenWuerttemberg_d.html [Stand: 13.3.2015].
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Selbsthilfe Demenz (2012): Das Wichtigste: 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen, Informationsblatt 2012 (09).
- Gronemeyer, R. (2008): Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können. Frankfurt/ M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Land Baden – Württemberg (2015): www.service-bw.de. [URL] <http://www.baden-wuerttemberg.de/de/unser-land/verwaltung/gemeinden-und-staedte> [Stand: 02.03.15].
- Jaspers, B.; Schindler, T. (2004): Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien). Auftraggeber: Enquete-Kommission des Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“. 01.05. bis 30.11.2004. [URL] <http://www.loesapo.de/~pag-nds/dokument/gutachten-palliativ-brd.pdf> [Stand: 26.08.2010].
- Jorm, A.; Korten, A. E.; Henderson, A. S. (1987): The Prevalence of Dementia: A Quantitative Integration of the Literature. In: Actapsychiatricascandinavia 1987 (76): 465-479.
- Kohls, M. (2011): Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Forschungsbericht 9. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Kohls, M. (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel, Forschungsbericht 12. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

- Kommunalverband für Jugend und Soziales KVJS: Fachstelle für ambulant unterstützte Wohnformen (FaWo). [URL] <http://www.kvjs.de/soziales/senioren/fawo.html>
- Kommunalverband für Jugend und Soziales KVJS - FaWo (Fachstelle für ambulant unterstützte Wohnformen) Baden-Württemberg (2015): Anzahl Wohngemeinschaften in der Pflege, Stand 29.6.2015. Unveröffentlichtes Dokument als Ergebnis einer Umfrage der FaWo bei den Heimaufsichten Baden-Württembergs
- Ochsmann, R.; Slangen, K.; Feith G.; Klein, T.; Seibert, A. (1997): Sterbeorte in Rheinland-Pfalz 1997. Zur Demographie des Todes. Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Interdisziplinärer Arbeitskreis Thanatologie. Beiträge zur Thanatologie Heft 8. [URL] <http://www.psych.uni-mainz.de/abteil/soz/Literatur/heft08.pdf> [Stand: 25.08.2010].
- Opaschowski, H. W. (2009): Deutschland 2030. Wie wir in Zukunft leben. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Ruchalla, E. (2014): Demenz – Prävalenz doch geringer als vorhergesagt. In: Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 2014; 82 (03): 125.
- Schneekloth, U.; Müller, U. (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Durchgeführt von I+G Gesundheitsforschung, München und Infratest Burke Sozialforschung, München. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Sozialministerium Baden-Württemberg (2000): Landespflegeplan 2000, Teil 3: Stationäre Pflege in Einrichtungen der Altenhilfe, Bearbeiter: Dr. Peter Messmer, Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt (1984): Modellrechnung für das Bundesgebiet 1985 bis 2030, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, zit. in: Statistisches Landesamt Nordrhein-Westfalen, Statistische Rundschau für das Land NRW, November 1985.
- Statistisches Bundesamt (2010): Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland. 2010, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2012): Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland. 2012, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2014): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2015, Wiesbaden.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2010): Die Lebenserwartung der baden-württembergischen Bevölkerung. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 2010 (7).
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2014): Regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnung in Baden-Württemberg, Stand 31.12. 2012, CD-ROM, Stuttgart: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2014a): Methode der Bevölkerungsvorausrechnung (Kurzfassung). [URL] <http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/BevoelkGebiet/BevProg/Methode.asp> [Stand: 23.02.2015].

- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2015a): Baden-Württemberg: drittjüngste Bevölkerung nach Hamburg und Berlin, Newsletter des Landesamtes für Statistik BW, Stuttgart, 19. Februar 2015 (42). [URL] <http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Pressemitt/2015042.asp?BevoelkGebiet> [Stand: 03.03.2015].
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2015b): Internetportal Kategorie Landesdaten „Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg seit 1950 nach Altersgruppen und Geschlecht“. [URL] <http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/BevoelkGebiet/Landesdaten/LRt0104.asp> [Stand: 03.03.2015].
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2015c): Pflegeleistungen für rund 299 000 Menschen, Internetportal Gesundheit, Soziales Rechtspflege, Pressemitteilung 2015 (27) vom 3.2. 2015. [URL] <http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Pressemitt/2015027.asp?GesundhSozRecht> [Stand: 10.03.2015].
- Statistisches Landesamt (2015d): Internetportal Kategorie Landesdaten „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“. [URL] <http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/BevoelkGebiet/Landesdaten/MZMigration.asp> [Stand: 11.03.2015].
- Ziegler, U.; Doblhammer, G. (2009): Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland. Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002, ROSTOCKER ZENTRUM – DISKUSSIONSPAPIER, No. 24, Universität Rostock und Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels.

Teil 2

- Afentakis, A.; Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. Wirtschaft und Statistik 2010 (11): 990-1001. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- BWKG - Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V. (2014): Basisdaten des Gesundheitswesens. [URL] http://www.bwkg.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&q=0&t=1435917081&hash=aa6f6e82c4908c9b11a5222986ee1b3875521cbd&file=fileadmin/Dateien/Statistik/23Basisdaten2014_Stand20140731_HP_Neu.pdf [Stand: 02.07.2015].
- Bertelsmann Stiftung: Portal Wegweiser Kommune. Abrufbar unter: [URL] <http://www.wegweiser-kommune.de> [Stand: 07.07.2015].
- Bonin, H.; Braeseke, G.; Ganserer, A. (2015): Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Böning, M.; Steffen, M. (2014): Migrantinnen aus Osteuropa in Privathaushalten. Problemstellungen und politische Herausforderungen. Berlin: ver.di-Bundesverwaltung.
- Braeseke, G.; Kähler, B.; Merda, M. (2015): Arbeitsbezogene Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Bubolz-Lutz, E. & Kricheldorf, C.

(2011): Abschlussbericht Pflegebegleiter. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 6. Berlin: GKV-Spitzenverband.

Bubolz-Lutz, Elisabeth; Kricheldorf, Cornelia (2006): Freiwilliges Engagement im Pflegemix. Neue Impulse. Freiburg

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (2015): Gesamte Rechtsvorschrift für Hausbetreuungsgesetz. [URL] <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20005362> [Stand: 26.06.2015].

BFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): 7. Familienbericht. Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Berlin.

Europäische Kommission (2013): Zweckorientierte Migrationspolitik gegen Fachkräftemangel in der Langzeitpflege. [URL] <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=de&newsId=1889&furtherNews=yes> [Stand: 02.07.2015].

GKV-Spitzenverband (2015): [URL] http://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/betreuungskraefte_nach_87_b_sgb_xi [Stand: 19.05.2015].

GKV-Spitzenverband: Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RI) vom 19. August 2008 in der Fassung vom 29. Dezember 2014. [URL] http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_forumulare/ [Stand: 18.05.15].

Gottschall, K.; Schwarzkopf, M. (2010): Irreguläre Arbeit in Privathaushalten. Rechtliche und institutionelle Anreize zu irregulärer Arbeit in Privathaushalten in Deutschland. Bestandsaufnahme und Lösungsansätze. Arbeitspapier 217. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Hackmann, T. (2009): Arbeitsmarkt Pflege. Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. [URL] <http://www.fwi1.uni-freiburg.de/publikationen/242.pdf> [Stand: 27.05.2015].

Höppner, H. (2004): Gesundheitsförderung von Krankenschwestern. Ansätze für eine frauengerechte betriebliche Praxis im Krankenhaus. Wissenschaft, Band 66. Frankfurt/M.: Mabuse Verlag.

Institut der deutschen Wirtschaft Köln (2009): Arbeitsplatz Privathaushalt. Ein Weg aus der Schwarzarbeit. Pressekonferenz, 24. Berlin. [URL] <http://www.iwkoeln.de/> [Stand: 27.06.15].

- Isfort, M.; Weidner, F. et al. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. [URL] <http://www.dip.de> [Stand 07.07.2015].
- Kiekert, J.; Schirilla, N. (2013): Projekt: Pflege und Migration. Mittel-und Osteuropäische Haushaltshilfen 2011-2013 im Masterstudiengang Dienstleistungsentwicklung. unveröffentlichtes Dokument. Freiburg: Katholische Hochschule.
- Kricheldorf, C.(2010) Pflegebegleiter – Gesprächspartner mit Sachkompetenz. In : neue caritas, Ausgabe 13/2010 – online unter <http://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2010/artikel/gespraechspartner-mit-sachkompetenz>
- Kricheldorf, Cornelia (2009). Pflegebegleiter. Ein neuer Prototyp im freiwilligen Engagement. NOVAcura Schweiz, 40, (9), 28-30.
- Kricheldorf, C. (2013): Vom Pflegemix zur Caring Community. Neue Antworten auf den Pflegebedarf der Zukunft. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 59, 2013(2). Freiburg: Schwabenverlag.
- Kricheldorf, C.; Mertens, A.; Tonello, L. (2015): „Im Projekt hat sich unglaublich viel getan!“ Auf dem Weg zu einer sorgenden Kommune. Handbuch für politisch Verantwortliche, Gestalter und Akteure in Baden-Württembergs Kommunen. [URL] http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/msm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Pflegemix_Handbuch_2015.pdf [Stand 07.07.2015].
- Kricheldorf, C.; Klott, S; Tonello, L. (2015): Sorgende Kommunen und Lokale Verantwortungsgemeinschaften. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2015 (5).
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (2009): Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Berufsfachschule für Sozialpflege – Schwerpunkt Alltagsbetreuung vom 30. Juli 2009. [URL]: www.baqwfbm.de/file/448. [Stand: 18.05.15].
- Neuhaus, A.; Isfort, M.; Weidner, F. (2009): Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.. [URL] <http://www.dip.de> [Stand 07.07.2015].
- Ostwald, D. A.; Ehrhard, T.; Bruntsch, F.; Schmidt, H.; Friedl, C. (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Herausgegeben von PricewaterhouseCoopers AG. [URL] <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf> [Stand: 21.04.15].
- Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R. (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Bertelsmann Stiftung. [URL] www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf [Stand: 21.04.15].
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2012): Presseheft 2012 (1).

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2014): Statistische Berichte Unterricht und Bildung. Artikel-Nr. 3233 13001.

Schneekloth, U.; Wahl, H.W. (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. [URL] <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/mug/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=mug,sprache=de,rwb=true.pdf> [Stand: 21.04.15].

Ver.di - Vereinte Dienstleistungsgesellschaft, Bundesverwaltung, Fachbereich 03 (2012): Ausbildungsreport Pflegeberufe 2012. [URL] <https://www.verdi.de/++file.../download/pflegereport2012final.pdf> [Stand: 21.04.15].

Wissenschaftsrat (Hrsg.) (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drucksache 2411-12, Berlin.

Wolf, T. (2015): Ein Modell mit Schattenseiten. Badische Zeitung vom 9.04.2015. Freiburg: Badische Zeitung.

Zander, B. (2013): RN4Cast. Ergebnisse einer internationalen Pflegestudie Präsentation bei der CareDate 2013. Bochum.

Zander, B.; Busse, R. (2014a): Pflege auf Wanderschaft. Zeitschrift Gesundheit und Gesellschaft 17, 2014 (4): 32-37, Bonn: KomPart Verlagsgesellschaft.

Zander, B.; Busse, R. (2014b): Wann stößt Pflege an ihre Grenzen? In: CNE Pflegemanagement 2014 (04): 18-1. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Online-Quellen

Next.uni-wuppertal.de; Eingesehen unter: <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?aktuelle-auswertung>[Stand: 24.04.2015].

Teil 3:

Bauknecht, M.; Brauch, B.; Müller, R.(2009): GEK-Bandscheiben-Report. Versorgungsforschung mit GEK-Routinedaten. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 80 [URL:] <http://www.zes.uni-bremen.de/GAZESse/200902/GEK-Bandscheiben-Report.pdf> [Stand: 24.06.2015].

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2012): Nationales Gesundheitsziel 'Gesund älter werden'. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

- BWKG (2013): Für faire Rahmenbedingungen der ambulanten und stationären Vorsorge und Rehabilitation Positionen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG) für die 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages [URL:] http://www.bdh-klinik-elzach.de/wAssets-bdh-klinik-elzach/docs/downloads/PDF/BWKG_Positionspapier_Reha_10072013.pdf [Stand: 06.07.2015]
- Brucker, U.; Hutzler, D.; Hasseler, M. (2004): Prävention vor Pflege. Prävention durch Pflege. Präventive Aufgaben der Pflege. Gesundheitswesen 67, Nr. 05, 311-318.
- Denkinger, M. (2014): Prävention. In: Pantel, J., Schröder, J., Bollheimer, C., Sieber, C., Kruse, A. (Hrsg.). Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie - Gerontopsychiatrie - Gerontologie (1. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer, S. 716-731.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2009): S3-Leitlinie "Demenzen". [URL:] https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-demenz-lf.pdf [Stand: 18.10.2012].
- Doblhammer-Reiter, G.; Schulz, A.; Steinberg, J.; Ziegler, U. (2012): Demografie der Demenz. Verlag Hans Huber. Bern.
- Eberl, I.; Schnepf, W. (2008): Familiengesundheitspflege: neue Versorgungsstrukturen und Handlungsfelder in der primären Versorgung. In: Kirch, W./Badura, B./Pfaff, H. (Hrsg.): Prävention und Versorgungsforschung. Heidelberg: Springer Medizin, 549-554.
- Enquete-Gutachten (2014): Antwort des Ministeriums für Arbeit Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren zu Antrag Nr.1 der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten.
- Eckardt, R.; Steinhagen-Thiessen, E. (2012): Geriatrie und geriatrische Rehabilitation. In: Wahl, H.W.; Tesch-Römer, C.; Ziegelmann, J.-P. (2012): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer S.388-395.
- Gogol, M. (2014): Rehabilitation. In: Pantel, J., Schröder, J., Bollheimer, C., Sieber, C., & Kruse, A. (Hrsg.). Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie - Gerontopsychiatrie - Gerontologie (1. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer, S. 694-700.
- Gössel, F. (2013). Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg. Die Entwicklung des stationären Versorgungsangebotes. Statistisches Monatsheft 1 / 2013.
- Hirsch, R.D.; Bronisch, T.; Sulz, S.K.D. (2009): Psychotherapie im Alter. Psychotherapie. Bd. 14, 2.
- Horn, A.; Schaeffer, D. (2013): Gesundheitsförderung und Prävention von Pflegebedürftigkeit – eine explorative Analyse der Problemsicht der ambulanten Pflege. Pflege & Gesellschaft 18, Nr. 1, 34-49.
- Jamour, M.; Marburger, C.; Runge, M.; Sieber, C. C.; Tümena, T.; Swoboda, W. (2014): Wirksamkeit geriatrischer Rehabilitation bei Hochbetagten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 47(5), 389–396. doi:10.1007/s00391-014-0662-5.

- Korczak, D.; Steinhauser, G.; Kuczera, C. (2012): Effektivität der ambulanten und stationären Rehabilitation bei Patienten mit der Nebendiagnose Demenz. [URL:] http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta331_bericht_de.pdf [Stand: 24.06.2015].
- Meinck, M.; Lübke, N.; Polak, U.(2014): Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit im Alter: eine Analyse anhand von Routinedaten. Die Rehabilitation 53 (2), S. 74-80.
- Metz, B. R.; Jamour, M (2014): Umsetzung des Geriatriekonzeptes Baden-Württemberg und Zusammenschluss der geriatrischen Landesarbeitsgemeinschaften. Vortrag auf dem 23. Geriatrietag des Landes Baden-Württemberg.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.[MDS] (2009): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen: MDS.[URL:] www.mds-ev.de/media/pdf/BRi_Pflege_090608.pdf. [Stand: 24.06.2015].
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2014a): Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014. Stuttgart.
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2014b): Stellungnahme zur geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg. Drucksache 15 / 4614.
- Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R. (2013): BARMER GEK Pflegereport 2013
Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 23. Siegburg
- Schaeffer, D. (2011): Gesundheitsförderung und Pflege. In: BZgA, B.f.g.A.-. (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. 5. Neuauflage. Köln: BZgA, S.263-266.
- Statistisches Bundesamt (2014): Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland – Statista Dossier. [URL] <http://de.statista.com/statistik/studie/id/23992/dokument/vorsorge-und-rehabilitation-in-deutschland-statista-dossier/> [Stand: 24.06.2015].
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2014): Krankenhausstatistik Baden-Württemberg 2013. [URL:] https://www.statistik-bw.de/Veroeffentl/Statistische_Berichte/3219_13001.pdf [Stand: 06.07.2015].
- Tesky, V. (2014): Kuration, Palliation, Rehabilitation. In. Pantel, J., Schröder, J., Bollheimer, C., Sieber, C., & Kruse, A. (Hrsg.). Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie - Gerontopsychiatrie - Gerontologie (1. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer, S. 159-164.
- Walter, U. (2008): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 245-262.
- Wingenfeld, K.; Schaeffer, D. (2011): Die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens in der Pflegeversicherung. G + G Wissenschaft 11, Nr. 3, 7-13.

Onlinequellen

Öffentlicher Gesundheitsdienst Baden-Württemberg: Aktiv für Gesundheit in Baden-Württemberg. [URL:] <http://www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Netzwerke/Gesund-aufwachsen-in-BW/Seiten/default.aspx> [Stand 06.07.2015]

Kompetenz-Zentrum Geriatrie: INFO – Service des KCG – geriatrische Versorgungsstrukturen in Deutschland. [URL] <http://www.kcgeriatrie.de/strukturen.htm> [Stand: 30.06.2015].



158



Anhang

1. Bevölkerungszahlen nach Altersgruppen und Geschlecht in BW nach Regierungsbezirken/Gebietskörperschaften 2015 – 2030
2. Veränderung des Anteils verschiedener Altersgruppen gesamt in % 2015 – 2030
3. Anzahl Demenzkranker (hochgerechnet) in BW 2015 und 2030, absoluter und relativer Zuwachs
4. Pflegebedürftige in BW - Anzahl sowie Pflegequoten 2015 und 2030
5. Pflegebedürftige und Pflegequote BW, 2009 bis 2030 – Landkreise basierend auf Daten der Bertelsmann Stiftung
6. Pflegeformen nach Landkreisen
7. Grafische Darstellung der Pflegeformen nach Landkreisen
8. Leistungsempfänger nach Begutachtung 2010 und 2014 – MDK-Daten
9. Pflegeeinrichtungen und Platzzahlen in BW
10. Relative Zuwachsraten nach Pflegeformen 2009 – 2030 und entsprechende Versorgungslücken mit Pflegekräften – Daten Bertelsmann Stiftung
11. Anzahl Pflegewohngemeinschaften in Baden-Württemberg nach Regierungsbezirken