

Enquetekommission

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

**Kurzfassung zum Abschlussbericht der Enquetekommission
mit den Handlungsempfehlungen**

(Drucksache 15/7980)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Zusammenfassung	11
1 Auftrag, Zusammensetzung und Ablauf	23
1.1 Einsetzungsauftrag	23
1.2 Rechtsgrundlage	29
1.3 Zusammensetzung der Kommission	29
1.3.1 Abgeordnete	29
1.3.2 Externe Mitglieder	30
1.3.3 Vorsitz	31
1.3.4 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	31
1.4 Beratungsablauf	31
1.4.1 Sitzungen	31
1.4.2 Anträge	32
1.4.3 Anhörungsverfahren	32
1.4.4 Schriftliche Stellungnahmen	37
3 Handlungsempfehlungen	39
3.1 Pflege und Gesellschaft	39
3.1.1 Pflege als gesamtgesellschaftliche Herausforderung	39
3.1.2 Würde und Selbstbestimmung im Alter	41
3.1.3 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung	43
3.1.4 Wertschätzung der Pflege	46
3.1.5 Pflegekammer	47
Minderheitenvoten zu Kapitel 3.1 „Pflege und Gesellschaft“	50
Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „24-Stunden-Betreuung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.1.2 „Würde und Selbstbestimmung im Alter“	50
Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktionen von CDU und FDP/DVP zu den Handlungsempfehlungen 3.1.5 „Pflegekammer“	50
Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP zu dem abweichenden Minderheitenvotum der Fraktionen von CDU und FDP/DVP zu den Handlungsempfehlungen 3.1.5 „Pflegekammer“	51
3.2 Prävention, Rehabilitation und Akutversorgung	52
3.2.1 Prävention	52
3.2.2 Rehabilitation	57
3.2.3 Krankenhaus	69
Minderheitenvoten zu Kapitel 3.2 „Prävention, Rehabilitation und Akutversorgung“	75
Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der CDU zu den Handlungsempfehlungen 3.2.2.11 „Finanzierung“	75

3.3	Lebensgestaltung bei Pflege- und Unterstützungsbedarf	76
3.3.1	Pflegebedürftigkeit in Baden-Württemberg	76
3.3.2	Beratung	78
3.3.3	Familiäre Pflege	81
3.3.4	Bürgerschaftliches Engagement	85
3.3.5	Wohnen und Wohnumfeld in Baden-Württemberg	87
3.3.6	Wohnen in der eigenen Häuslichkeit	89
3.3.7	Wohnen im Pflegeheim	95
3.3.8	Lebensraum Quartier	101
3.3.9	Alternative Wohnformen	106
3.3.10	Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege	107
3.3.11	Sektorale Trennung	108
	Minderheitenvoten zu Kapitel 3.3 „Lebensgestaltung bei Pflege- und Unterstützungsbedarf“	110
	Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „24-Stunden-Betreuung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.3.6 „Wohnen in der eigenen Häuslichkeit“	110
	Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der CDU „Kosten stationärer Pflege“ zu den Handlungsempfehlungen 3.3.7 „Wohnen im Pflegeheim“	110
	Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Landesheimbauverordnung (LHeimBauVO)“ zu den Handlungsempfehlungen 3.3.7 „Wohnen im Pflegeheim“	111
	Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG)“ zu den Handlungsempfehlungen 3.3.9 „Alternative Wohnformen“	111
3.4	Besondere Aspekte bei der Pflege und Betreuung	112
3.4.1	Gendersensible Pflege	112
3.4.2	Kultursensible Pflege	116
3.4.3	Menschen mit demenzieller Erkrankung	120
3.4.4	Menschen mit Behinderung	127
3.4.5	Psychische Gesundheit	131
3.4.6	Palliativversorgung	134
3.5	Arbeitsbedingungen	141
3.5.1	Belastungen am Arbeitsplatz	143
3.5.2	Bezahlung	149
3.5.3	Personalschlüssel, Personalmix, Qualifikationsmix	152
3.5.4	Fachkraftquote	155
3.5.5	Familie und Beruf	156
3.5.6	Pflegekräfte mit Migrationshintergrund	160
3.5.7	Ausländische Betreuungskräfte	161
	Minderheitenvoten zu Kapitel 3.5 „Arbeitsbedingungen“	163
	Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „24-Stunden-Betreuung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.5.5 „Familie und Beruf“	163

3.6	Aus- und Weiterbildung	164
3.6.1	Attraktivität der Ausbildung	164
3.6.2	Ausbildungsbedingungen	172
3.6.3	Ausbildungsinhalte	174
3.6.4	Praxisanleitung	175
3.6.5	Aufstiegsmöglichkeiten und Karrierewege	177
3.6.6	Weiterbildung	178
3.6.7	Akademisierung der Pflegeberufe	180
3.6.8	Pflegewissenschaft und Pflegeforschung	183
3.6.9	Handlungsautonomie	184
	Minderheitenvoten zu Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“	185
	Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Generalistische Ausbildung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.6.2 „Ausbildungsbedingungen“	185
	Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Pflegeausbildung im Regelbildungssystem“ zu den Handlungsempfehlungen 3.6.3 „Ausbildungsinhalte“	185
	Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Akademisierung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.6.7 „Akademisierung der Pflegeberufe“	185
3.7	Bürokratie, Dokumentation und Qualitätssicherung	187
3.7.1	Strukturmodell zur Entbürokratisierung	187
3.7.2	Pflegedokumentation	188
3.7.3	Prüfungen durch Heimaufsicht und MDK	192
3.7.4	Sicherung der Pflegequalität	194
3.8	Generationengerechte Finanzierung	197
3.8.1	Weiterentwicklung der Pflegeversicherung	198
3.8.2	Investitionskosten	203
3.8.3	Häusliche Krankenpflege	204
3.8.4	Sektorengrenzen	205
4	Beschlussempfehlung	209
5	Anhang	211
	Anhang 7 Linkliste	211
	Anhang 8 Abkürzungsverzeichnis	215

Hinweis:

Die **Kurzfassung** zum Abschlussbericht der Enquetekommission stellt einen **Auszug aus dem Bericht der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“** dar. Die Gliederungsziffern des Berichts der Enquetekommission wurden bei dieser Kurzfassung übernommen (die Nummerierung ist daher nicht fortlaufend).

Der Bericht der Enquetekommission Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“ ist mit vollständigem Anhang als Dokument unter Eingabe der Drucksachennummer 15/7980 im Internetangebot des Landtags von Baden-Württemberg www.landtag-bw.de abrufbar.

Vorwort

Im Hinblick auf den demografischen Wandel, den sich verändernden gesellschaftlichen Anforderungen an eine gute Pflege und den steigenden Personalbedarf steht der Pflegebereich vor großen Herausforderungen.

Deshalb hat der Landtag in seiner 95. Plenarsitzung am 27. März 2014 auf Antrag aller vier Fraktionen einstimmig eine Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“, bestehend aus 15 Landtagsabgeordneten und vier Sachverständigen als externe Mitglieder, eingesetzt.

Ziel der Enquetekommission war es, die Situation der Pflege in Baden-Württemberg zu untersuchen und zu überprüfen, wie die vorhandenen Rahmenbedingungen verändert und welche Impulse gegeben werden müssen, um eine qualitativ hochwertige Pflege dauerhaft sicherzustellen.

Die Enquetekommission befasste sich nicht nur mit der Pflege von älteren Menschen in stationären Einrichtungen, sondern unter anderem auch mit der ambulanten Pflege, mit teilstationären Angeboten, mit der Pflege von Menschen mit Behinderung und der Pflege im Krankenhaus. Ebenso wurden zwischen den einzelnen Sektoren auftretende Schnittstellenprobleme, zum Beispiel medizinische Behandlungspflege im stationären Pflegeheim oder die Entlassung aus dem Krankenhaus in die Rehabilitation oder den häuslichen Bereich, beleuchtet. Bei der Prävention und Rehabilitation ging es um Angebote, die die Menschen dazu befähigen, so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Selbstverständlich sind neben den hier dargestellten Aspekten weitere wichtige Themenfelder in den unterschiedlichen – insbesondere in den spezialisierten – Bereichen der Pflege vorzufinden. Da jedoch nicht alle Fachgebiete in ihrer Komplexität im Detail betrachtet werden konnten, musste eine Festlegung auf die von der Enquetekommission im Einsetzungsauftrag vereinbarten Bereiche stattfinden.

Die Enquetekommission konstituierte sich am 30. April 2014. In der zweiten Sitzung am 27. Juni 2014 wurde mit dem Antrag Nr. 1 zur „Bestandsaufnahme der Pflege“ in Baden-Württemberg die Landesregierung um einen Bericht zu 27 Fragestellungen ersucht. Die abgefragten Themenfelder erfassten den Zeitraum seit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 und die zu prognostizierende Entwicklung in den auf die Einsetzung der Kommission folgenden 30 Jahren.

Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (im Folgenden: Sozialministerium) hat hierzu mit Schreiben vom 25. November 2014 Stellung genommen (siehe Anhang 3).

Da nicht alle Fragen vom Sozialministerium ausreichend beantwortet werden konnten und teilweise auch kein ausreichendes Datenmaterial zur Verfügung stand, holte die Enquetekommission bei der Katholischen Hochschule Freiburg – Institut für angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung – ein ergänzendes Gutachten ein. Das Gutachten (siehe Anhang 4) wurde am 23. Juli 2015 der Kommission vorgestellt und überreicht. Es enthält wichtige Zahlen und Antworten für die weiteren Beratungen. Das von Frau Professor Kricheldorf geleitete Team hat unter anderem die unterschiedlichen Auswirkungen des demografischen Wandels im Stadt-Land-Vergleich herausgearbeitet.

Neben der Bestandsaufnahme befasste sich die Enquetekommission in einem öffentlichen Fachgespräch vorwiegend mit den externen Mitgliedern, zwölf Sachverständigenanhörungen und einer Verbändeanhörung mit folgenden Themen:

- Fachgespräch „Gute Arbeit in der Pflege“
- Aus- und Weiterbildung in der Pflege
- Pflege, Familie und Gesellschaft
- Stationäre Altenpflege
- Akutpflege und Akutversorgung
- Ambulante häusliche Pflege und Häusliche Krankenpflege
- Quartiersentwicklung, neue Wohnformen, Wohnumfeld und Sozialraum
- Bürokratisierung, Dokumentation und Qualitätssicherung
- Finanzierung
- Demenz, Behinderung und psychische Gesundheit
- Gender, Kultursensibilität und Palliativpflege
- Prävention und Rehabilitation
- Pflegekammer

In dem Fachgespräch und den Sachverständigenanhörungen wurden 57 Expertinnen und Experten aus der Wissenschaft, den Pflegeeinrichtungen, den Einrichtungsträgern, den Kranken- und Pflegekassen, der öffentlichen Verwaltung, den Kirchen und den Verbänden gehört.

Basierend auf dem umfangreichen Datenmaterial aus der Stellungnahme des Sozialministeriums und dem ergänzenden Gutachten der Katholischen Hochschule Freiburg sowie auf den aus den Anhörungen gewonnenen Erkenntnissen erarbeiteten die Kommissionsmitglieder in den sich anschließenden Sitzungen Handlungsempfehlungen zu zentralen Themenfeldern.

Fraktionsübergreifend wurden Denkansätze entwickelt,

- wie der Wert der Pflege in der Gesellschaft erhöht werden kann,
- wie Menschen mit Pflegebedarf möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht werden kann,
- wie gender- und kultursensible Aspekte und behinderungsbedingte Belange in der Pflege zu berücksichtigen sind,
- wie die Attraktivität des Pflegeberufs gesteigert werden kann, um dem drohenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken,
- wie die Qualität der Aus- und Weiterbildung auch in der Zukunft sichergestellt werden kann,
- wie die Sektorengrenzen im Gesundheitsbereich, der Pflege, Prävention und Rehabilitation und insbesondere die Trennung zwischen ambulant und stationär überwunden werden können.

Für die engagierte und sachliche Diskussion und die große Bereitschaft, gemeinsam Lösungen zu finden, danke ich der gesamten Enquetekommission. Die externen Mitglieder haben neben ihrer beruflichen Tätigkeit viel Zeit investiert und mit ihrer hohen Fachkompetenz und Praxisnähe einen wertvollen Beitrag geleistet.

Mein besonderer Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle, Herr Holzke, Herr Mattes, Frau Mühleisen und Frau Thannheimer, für die Vor- und Nachbereitung der zahlreichen Sitzungen, für die Organisation der vielen öffentlichen Anhörungen und die Fertigung der umfangreichen Berichtsteile.

Die immer gut besuchten öffentlichen Anhörungen haben verdeutlicht, wie wichtig die von der Enquetekommission angesprochenen Fragen für die Zukunft der Pflege sind. Für das große Interesse und auch die breite Beteiligung der Fachöffentlichkeit möchte ich mich ganz herzlich bedanken. Die vielen eingegangenen Schreiben, Stellungnahmen und Forderungen von Bürgerinnen und Bürgern, Einrichtungen und Verbänden sind in den Diskussionsprozess eingeflossen und haben die Arbeit der Enquetekommission bereichert.

Der Landtag, die Landesregierung und alle an der Pflege Beteiligten sind nun gefordert, die Empfehlungen bei ihren Entscheidungen zu berücksichtigen und umzusetzen.

Es gilt, immer zu bedenken: Pflege betrifft uns alle!

Nach über anderthalb Jahren fruchtbarer Beratung wird mit dem vorliegenden Abschlussbericht die Grundlage dafür geschaffen, die Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht zu gestalten.

Helmut Walter Rüeck MdL

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

Zusammenfassung

Demografische Entwicklung

Für das Land Baden-Württemberg wird bis zum Jahr 2030 ein Bevölkerungswachstum prognostiziert, das mit einem gleichzeitigen Anstieg des Durchschnittsalters der Bevölkerung verbunden ist. Die Anzahl der 20- bis 59-Jährigen geht zurück, während die Anzahl der über 80-Jährigen überproportional wächst. Daraus folgt ein deutlicher Anstieg der Menschen mit Pflegebedarf bei gleichzeitigem Rückgang des Pflege- und Unterstützungspotenzials.

Alter kann zwar nicht automatisch mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit gleichgesetzt werden, jedoch führt schon allein der wachsende Anteil von hochaltrigen Menschen an der Gesamtbevölkerung zur Erhöhung des Erkrankungs- und Pflegebedürftigkeitsrisikos. Mit der Alterung der Bevölkerung sind außerdem epidemiologische Veränderungen verbunden, welche insbesondere durch die Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität geprägt sind. Insgesamt leiden zwei Drittel der über 65-Jährigen unter mindestens zwei chronischen Krankheiten, die Anzahl nimmt mit steigendem Alter zu.

Die Demenzerkrankung ist eine der wichtigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen, die zur Pflegebedürftigkeit führt. Ab einem mittelschweren Grad der Demenz ist fast ausnahmslos davon auszugehen, dass die betroffene Person pflegebedürftig ist. In Baden-Württemberg wird die Zahl der Menschen mit Demenz um ca. 60.000 ansteigen; von knapp 200.000 im Jahr 2015 auf knapp 260.000 im Jahr 2030. Neben einer guten pflegerischen Versorgung benötigen Menschen mit Demenz vor allem die Integration in das gesellschaftliche Leben und in ein soziales Netzwerk.

Die demografische Entwicklung ist auch in den Einrichtungen der Behindertenhilfe deutlich spürbar. Erstmals in der deutschen Geschichte altert eine Generation von Menschen mit Behinderung. Historisch bedingt liegen wenige Erfahrungen über behinderungsspezifische Auswirkungen von Alterskrankheiten und Auswirkungen von Behinderungen auf die Lebenserwartung vor. Hier besteht nicht nur hoher Forschungsbedarf, sondern auch ein Bedarf an multiprofessioneller Verzahnung der verschiedenen Leistungen für Menschen mit Behinderung.

Der Bedarf an Pflegeleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund wird in den nächsten Jahren steigen. Deshalb sind Beratung und Aufklärung für die Zielgruppe der Zugewanderten zu stärken. Ebenso bedarf es der kultursensiblen Schulung des Pflegefachpersonals und des Aufbaus von speziellen Angeboten.

Über die Weiterentwicklung der Pflege und den Ausbau der Pflegeversorgungsstruktur hinaus ist aus Sicht der Enquetekommission eine Gesamtdemografiestrategie für Baden-Württemberg erforderlich. Der demografische Wandel stellt uns vor Herausforderungen, die einer in sich stimmigen Antwort bedürfen. Ein solches Gesamtkonzept sollte nicht nur Fragen der Pflege, sondern darüber hinaus auch die Generationenverhältnisse, die Familienformen und die Integration von Zugewanderten berücksichtigen.

Selbstbestimmung ermöglichen

Die meisten Menschen wollen so lange wie möglich in der vertrauten Häuslichkeit verbleiben und ein selbstbestimmtes Leben führen. Oberste Leitlinie der Pflegepolitik muss es sein, diesem Wunsch so gut wie möglich gerecht zu werden. Idealerweise findet jeder Mensch mit Pflegebedarf vor Ort das passende Angebot für seinen individuellen Bedarf. Die Pflegeleistungen und das Pflegeangebot müssen so gestaltet werden, dass Pflege der sozialen Teilhabe dient und ein Altern in Würde ermöglicht wird. Pflege muss die individuellen Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf mehr berücksichtigen sowie deren Gewohnheiten und Wünsche eingehen.

Aus Sicht der Enquetekommission müssen die Potenziale von altersgerechten Assistenzsystemen für ein selbstbestimmtes Leben (Ambient Assistend Living – AAL) verstärkt genutzt werden. Technische Alltagshilfen und Servicerobotik müssen im Interesse der Menschen mit Pflegebedarf weiterentwickelt und die Einführung dieser Produkte auf dem Markt angestrebt werden. Neue Technologien sind so zu entwickeln, dass sie für Pflegende gesundheitserhaltend und für Menschen mit Pflegebedarf alltagsunterstützend sowie sicherheitsfördernd sind. Im Fokus stehen dabei die menschenfreundliche Lebensqualität und die autonomisichernde Lebensführung. Der Gesichtspunkt der ethischen Vertretbarkeit darf bei der Entwicklung nicht außer Acht gelassen werden. Wege der interdisziplinären Begleitung unter Einbeziehung der Nutzerinnen und Nutzer sind zu unterstützen.

Um zu gewährleisten, dass Menschen auch bei Beeinträchtigungen und Behinderungen so lange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit leben können, soll der ambulante Betreuungssektor ausgebaut und unterstützt werden. Die Kommunen müssen hierfür Verantwortung übernehmen und sich aktiv mit der demografischen Entwicklung und den Herausforderungen vor Ort befassen und diese gestalten. Eine legale und qualitativ hochwertige Versorgung, Betreuung und Pflege im häuslichen Umfeld sicherzustellen, gelingt wahrscheinlich nur über eine Subventionierung. Das dazu bereits im Rahmen der Nachhaltigkeitsstrategie Baden-Württemberg erarbeitete Konzept für haushaltsnahe Dienstleistungen sollte weiter entwickelt werden. Ob die 24-Stunden-Hausbetreuung durch externe Betreuungskräfte eine auch für die Bundesrepublik Deutschland umsetzbare Lösung ist, sollte auf Bundesebene ebenfalls näher untersucht werden. Es sollte geprüft werden, ob und wie Pflege und Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit im Leistungsrecht gegenüber den stationären Leistungen in der Pflege gleichgestellt werden können.

Nicht alle Menschen mit Pflegebedarf können in ihrer eigenen Häuslichkeit ausreichend versorgt werden. Als weitere Angebotsform bieten ambulant betreute Wohngemeinschaften und stationäre Hausgemeinschaftskonzepte gute Teilhabequalitäten. Im Sinne der Selbstbestimmung ist hier ein ausreichendes Angebot anzustreben.

Der Wunsch nach Selbstbestimmung endet jedoch nicht mit dem Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Hier gibt es Möglichkeiten, sich stärker am individuellen Bedarf der Bewohner zu orientieren. Damit dies gelingt, sollten stationäre Pflegeeinrichtungen verstärkt bürgerschaftliches Engagement zur Alltagshilfe einsetzen.

Die Pluralisierung von Lebensstilen und Lebenszielen auch im Alter und bei Pflegebedarf wird sich fortsetzen. Damit werden sich die Ansprüche der Menschen mit Pflegebedarf immer weiter ausdifferenzieren. Auf diese Vielfalt müssen Pflegekräfte durch spezifisches Fachwissen, insbesondere in sozialen Kompetenzen, vorbereitet sein, um souverän und adäquat damit umzugehen.

Fachkräftesicherung

Mit der steigenden Zahl der Menschen mit Pflegebedarf geht – unabhängig von den Pflegesettings – ein steigender Bedarf an Fachkräften in der Pflege einher. Gleichzeitig ist die Altersgruppe der 20- bis 59-Jährigen vom Bevölkerungsrückgang betroffen, sodass weniger Menschen im Erwerbsalter für die Pflege zur Verfügung stehen. Daher sieht die Enquetekommission es als wichtige Herausforderung an, den künftigen Bedarf an Fachkräften in der Pflege sicherzustellen.

Ein Ziel muss es sein, mehr Menschen für eine Ausbildung in der Pflege zu begeistern. Dies gilt für Schulabgänger genauso wie für Quer- oder Wiedereinsteiger in den Beruf. Einrichtungsträger und Gesetzgeber können dazu beitragen, indem sie gute Ausbildungsbedingungen bieten. Dazu gehören die Wertschätzung der Auszubildenden, deren gute Praxisanleitung, die Abbildung des Ausbildungsaufwands in den Personalschlüsseln und die Verringerung des Theorie-Praxis-Gefälles.

Die Zuwanderung ist im Kontext der Pflege als Chance zu begreifen und sollte auch so gestaltet werden. Ausländische Pflegekräfte können einen Teil des Bedarfs decken, wenn deren Anwerbung und Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt durch ein Zuwanderungsgesetz gut geregelt sind. Das Potenzial von Pflegekräften mit Migrationshintergrund kann insbesondere auch im Hinblick auf den Bedarf an kultursensibler Pflege wertvoll sein.

Trotz steigender Ausbildungszahlen im Bereich Altenpflege wird es einen Fachkräftemangel geben, wenn nicht noch mehr Menschen für einen Pflegeberuf gewonnen werden können oder ausgebildete Pflegekräfte diesen nicht vorzeitig wieder verlassen. Neben Aspekten wie hoher Arbeitsbelastung und der Vergütung spielen auch ein unscharfes Arbeitsprofil, unklare Kompetenzen und fehlende berufliche Perspektiven eine große Rolle.

Stärkung des Pflegeberufs

Mit der Änderung des Krankenpflegegesetz im Jahr 1985 wurde erstmals festgeschrieben, dass Pflege nicht nur eine ausführende Tätigkeit ist, die umsetzt, was angeordnet wurde, sondern dass Pflege eigenverantwortliche Aufgaben wahrnimmt. Die Enquetekommission sieht es als notwendig an, dass die Pflege auf Augenhöhe mit den anderen Entscheidern im Gesundheitswesen agieren kann. Ärzte, Apotheker und Psychotherapeuten verfügen über eigene berufsständische Vertretungen in Form von Kammern. Es soll daher entlang der Erfahrungen aus den anderen Bundesländern untersucht werden, wie mit der Einrichtung einer Pflegekammer diese Augenhöhe zu den anderen Gesundheitsberufen befördert werden kann. Die Enquetekommission will die Ausübenden der Pflegeberufe in ihrem Selbstverständnis stärken. Es ist daher erforderlich, diese bei der Weiterentwicklung ihres Berufsbildes miteinzubeziehen. Eine Entscheidung über die Einrichtung einer Pflegekammer in Baden-Württemberg kann nicht ohne ein Votum der in der Pflege beschäftigten Personen getroffen werden.

Die Enquetekommission sieht generell in der weiteren Professionalisierung und Aufwertung des Pflegeberufs eine Chance, das Berufsfeld der Pflege langfristig attraktiv zu erhalten und die Zufriedenheit der in der Pflege Tätigen nachhaltig zu verbessern. Die Pflege muss in der Lage sein, auf wachsende Anforderungen reagieren zu können. So bedeutet beispielsweise der steigende Bedarf an medizinischer Versorgung in der Langzeitpflege, dass mehr Verantwortung bei den Pflegekräften liegt.

Eine Handlungsautonomieerweiterung ist, in Anbetracht der neu gewonnenen akademischen Kompetenzen, unumgänglich. Dies wird Auswirkungen auf die bestehenden Vorbehaltsaufgaben bei der Heilbehandlung haben müssen. Im Handlungsbereich des SGB V ist die ärztliche Gesamtverantwortung für die Krankenbehandlung festgeschrieben, was bei der Bestimmung von Verantwortungsbereichen zwangsläufig zu Konflikten in multiprofessionellen Teams führt. Die Handlungsautonomieerweiterung soll zu sich ergänzenden Systemen mit möglichen Synergieeffekten führen. Den Pflegenden würde so eine ernstzunehmende Wertschätzung ihrer Kompetenzen deutlich gemacht.

Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Laut der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin wird an Beschäftigte in Pflegeberufen eine Vielzahl überdurchschnittlich hoher Anforderungen gestellt, was sich auch in den Werten zu Überforderung, Stresszunahme und Beschwerden widerspiegelt. Viele Pflegenden ziehen es in Betracht, aus ihrem Beruf auszusteigen. Die durchschnittliche Verweildauer im Pflegeberuf liegt bei circa 13 Jahren. Durch einen längeren Verbleib der Pflegekräfte im Beruf könnte der prognostizierte Fachkräftemangel abgemildert werden. Als häufigste Ursachen für den Berufsausstieg geben Pflegekräfte die hohe Arbeitsbelastung sowie persönliche Gründe an. Zugleich zeigen Befragungen, dass Pflegekräfte mit einer besseren Ausbildung länger im Beruf bleiben als beispielsweise Menschen mit einer Assistenz-Ausbildung. Ein

konsensorientiertes Management und die Möglichkeit, selbstständig und flexibel zu arbeiten, wirken sich positiv auf den Verbleib aus.

In den vergangenen Jahren zeigt sich, dass es in den unterschiedlichen Bereichen der Pflege zu einer zunehmenden Arbeitsverdichtung gekommen ist. Psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen sowie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, stehen in der Krankenpflege an dritter Stelle der Diagnosen, die zur Arbeitsunfähigkeit führen. Hohe emotionale Anforderungen, die durch den Kontakt mit Tod, Krankheit oder anderen menschlichen Leiden oder durch die hohe Patienten- und Bewohnerfluktuation insgesamt auftreten, führen in allen Bereichen der Pflege zu starker Belastung. Psychische Belastungen sind ein gewichtiges Problem innerhalb der Pflegeberufe und können aufgrund des Arbeitsalltags nicht vollständig vermieden werden. Grundsätzlich muss es jedoch Ziel sein, Faktoren, die den Berufsalltag belasten, zu reduzieren.

Beschäftigte der Pflegeberufe sind zudem erheblichen körperlichen Anforderungen ausgesetzt. Körperliche Belastung wie „Arbeiten im Stehen“, „Heben und Tragen schwerer Lasten“ sowie „Arbeiten in Zwangshaltung“ werden von Pflegekräften deutlich öfter als vom Durchschnitt der anderen Erwerbstätigen berichtet. All diese Faktoren führen dazu, dass Pflegekräfte überproportional häufig an Rücken- und Nackenschmerzen leiden. Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes führen, verglichen mit anderen Diagnosegruppen, bei Pflegekräften am häufigsten zu Arbeitsunfähigkeit.

Pflegende berichten, dass sie aufgrund der vielfältigen Anforderungen zur Dokumentation und Qualitätssicherung häufig kaum noch Zeit für die Pflege am Menschen hätten. Häufig wird die Sinnhaftigkeit von bestimmten Dokumentationsmaßnahmen bezweifelt. Dies wird von den Pflegekräften als belastend empfunden. Die zunehmende Arbeitsverdichtung und ein hoher Bürokratieaufwand im Arbeitsalltag von Pflegekräften führen dazu, dass die eigentliche Pflegetätigkeit am Patienten zu kurz kommt. Dies ist für viele Pflegekräfte sehr belastend und demotivierend, da sie ihrer eigentlichen Kerntätigkeit nicht nachkommen können. Ziel ist es daher, Qualitätssicherung und Dokumentation so zu gestalten, dass Pflegekräfte diese sinnvoll in ihre Arbeit integrieren können und sie nicht weiter als Belastungsfaktoren empfinden.

Die Studie zur Einkommenssituation der Pflegekräfte belegt, dass Altenpflegerinnen und Altenpfleger in nahezu allen Bundesländern weniger verdienen als ihre Kolleginnen und Kollegen der Gesundheits- und Krankenpflege in den Krankenhäusern. Die Enquetekommission betrachtet es als Herausforderung, hier eine Angleichung vorzunehmen. Die Vergütung der Pflegenden ist flexibel in Bezug auf unterschiedliche Qualifikationen sowie neuer, anderer und ergänzender Aufgaben zu gestalten.

Die Enquetekommission sieht es als notwendig an, die Personalschlüssel für Pflegeeinrichtungen, die in den 1990er Jahren festgelegt wurden und im Jahr 2003 kleinere Anpassungen erfuhr, der Versorgungsrealität anzugleichen.

Ein guter Qualifikationsmix verbessert die Pflege. Wenn Aufgaben entsprechend der Qualifikationen und Fähigkeiten richtig verteilt sind und Arbeitsprozesse intelligent organisiert werden, so ist die Wahrscheinlichkeit einer Überlastung der Pflegekräfte geringer. Die Anzahl und das Ausbildungsniveau der Pflegekräfte haben direkten Einfluss auf die Qualität der Versorgung. In der Konsequenz bedeutet dies unter anderem eine geringere Mortalität, schnellere Reaktionen der Pflegenden sowie weniger Pflegefehler.

Grundsätzlich bietet der Pflegeberuf viele Möglichkeiten, flexibel auf die Anforderungen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu reagieren. Aufgrund der gängigen Arbeitszeitmodelle –Wochenend- und Feiertagsdienste, unzuverlässige Dienstpläne, Schichtdienst, wenige freie Tage aufgrund einer geringen Tagesarbeitszeit sowie geplante und ungeplante Überstunden – empfinden viele Pflegende ihre individuelle Situation jedoch als Belastung.

Ein großer Anteil der Pflegenden arbeitet in Teilzeit. Für viele Pflegekräfte stellt eine Teilzeitbeschäftigung eine wichtige Option dar, in den Beruf zurückzukehren oder im Beruf zu

verbleiben und dennoch Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren. Daher sieht die Enquetekommission es als Ziel an, freiwillige Teilzeit zu ermöglichen. Gleichwohl betrachtet es die Enquetekommission als wichtige Herausforderung, die Rückkehr aus freiwilliger Teilzeit in eine Vollzeitbeschäftigung zu gewährleisten. Ziel muss es daher sein, dass Pflegekräfte, die dies wollen, wieder in Vollzeit arbeiten können.

Menschen mit Migrationshintergrund stellen eine wichtige Ressource für die Ausbildung neuer Fachkräfte dar. Dabei sind ausreichende Sprachkenntnisse eine wichtige Voraussetzung zur Ausbildung im Pflegebereich. Um Lösungsstrategien für den prognostizierten Personalmangel zu entwickeln, muss auch eine Auseinandersetzung mit der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte stattfinden. Vor diesem Hintergrund erachtet es die Enquetekommission als besondere Herausforderung, dass angeworbene Mitarbeitende aus dem Ausland sich dauerhaft in ihrem neuen Berufsfeld integrieren und das Anerkennungsverfahren des ausländischen Berufsabschlusses zügig absolvieren können.

Sicherstellung der Aus- und Weiterbildungsqualität

Damit die Pflegearbeit auch in Zukunft auf einem fachlich hohen Niveau sichergestellt werden kann, muss es gelingen, genug Nachwuchskräfte für die Pflege zu begeistern. Mit einer attraktiven Ausbildung können qualifizierte Nachwuchskräfte für die Bewältigung der zukünftigen Aufgaben gewonnen werden. Die Konzeption beruflicher und akademischer Ausbildungen, die sowohl in quantitativer wie auch in qualitativer Hinsicht den aktuellen und künftigen Erfordernissen der Pflege Rechnung tragen, sind, ebenso wie Weiterbildungsmöglichkeiten mit transparenten Aufstiegs- und Entwicklungsperspektiven, zentrale Zielsetzungen für eine gelingende pflegerische Versorgung.

Die Enquetekommission spricht sich für die generalistische Ausbildung aus. Mit den richtigen Ausbildungsinhalten und guten Ausbildungsbedingungen werden die Grundlagen für einen gelingenden Start in den Pflegeberuf gelegt. Für besonders qualifizierte und akademisch ausgebildete Fachkräfte müssen langfristige Karrierewege und Entwicklungsmöglichkeiten klar definiert und kommuniziert werden. Mit einer Teil-Akademisierung des Pflegeberufs wird es möglich, die internationale Anschlussfähigkeit zu garantieren und die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern. Die Pflegeforschung muss ausgebaut und deren Erkenntnisse direkt in der Pflege umgesetzt werden.

Ein bisher eher unterschätzter Aspekt bei der Personalgewinnung ist die Bedeutung von Erfahrungen mit sozialer Verantwortung im Schulalter. Über Sozialpraktika in der Schulzeit können junge Menschen bereits vor der Berufswahl erste persönliche Erfahrungen mit der Pflege machen. Gute Erfahrungen, wie beispielsweise das eigene Erleben von Dankbarkeit und Anerkennung seitens der Menschen mit Pflegebedarf, können die spätere Berufswahl in Richtung der Pflege lenken. Initiativen wie Freiwilligendienste (FSJ, BFD) sollen junge Menschen jeglichen sozialen Hintergrunds an die Arbeit im sozialen Bereich heranführen und so einen ähnlich positiven Effekt auf die Personalgewinnung haben wie der frühere Zivildienst.

Menschen mit Migrationshintergrund sollen gezielt für die Berufe in der Pflege gewonnen werden. Hierzu sind mögliche Ausbildungshemmnisse wie beispielsweise unzureichende Sprachkenntnisse abzubauen und der Pflegeberuf empfängerorientiert darzustellen.

Klare rechtliche Rahmenbedingungen vermitteln bereits vor der Ausbildung ein realistisches Berufsbild und schützen im Arbeitsalltag vor Willkür und Überforderung. Wenn Auszubildende bereits während der Ausbildung schlechte Erfahrungen machen, so erhöht sich das Risiko, dass sie überhaupt nicht ins Berufsleben einsteigen oder den Pflegeberuf schon nach kurzer Zeit wieder verlassen. Eine wichtige Rahmenbedingung für eine gelingende Ausbildung ist die auskömmliche Refinanzierung der Ausbildungskosten für die Ausbildungsträger.

In vielen Betrieben ist die Situation der Praxisanleitung nicht ideal. Daher gilt es, sowohl die Organisation als auch die Finanzierung der Praxisanleitung zu verbessern. Praxisanleiterinnen

und Praxisanleiter übernehmen eine wichtige Aufgabe, die nicht „nebenbei“ erledigt werden kann. Praxisanleitung sollte also in Bezug auf den zeitlichen Aufwand in Form von Freistellungen berücksichtigt werden. Sonst ist es schwer, überhaupt Mitarbeiter für die Praxisanleitung zu gewinnen, die diese dann auch motiviert ausführen. Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter müssen Anerkennung für ihr Engagement erfahren.

Aufgrund der zunehmenden Multimorbidität und veränderter Pflegebedarfe benötigen Pflegende spezifischeres Wissen, um den gestellten Anforderungen gerecht werden zu können. Der Umgang mit Demenz oder mit palliativen Aspekten nimmt immer mehr an Bedeutung zu, dies muss durch den Erwerb gezielter Fachkenntnisse flankiert werden.

Pflegeberatung ausbauen

Die Realität der Pflegeberatung in Baden-Württemberg ist dadurch gekennzeichnet, dass wenige Kassen dem Anspruch wohnortnaher Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI gerecht werden. Die überwiegende Anzahl der Pflegekassen ist nicht in der Lage, die Pflegeberatung in diesem Sinne anzubieten und so den Rechtsanspruch zu erfüllen. Dabei ist die Pflegeberatung bei oft unvermittelt eintretender Pflegebedürftigkeit essentiell, um eine angemessene Versorgungssituation zu sichern und Belastungssituationen von pflegenden Angehörigen abzuwenden. Die Enquetekommission betrachtet es daher als Ziel, Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörigen eine leicht zugängliche Pflegeberatung zu garantieren, und vertritt die Meinung, dass dies am besten dadurch geschieht, dass in den weiter auszubauenden Pflegestützpunkten die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Kooperation zwischen Kassen und Kommunen angesiedelt wird.

Die Enquetekommission ist der Ansicht, dass Pflegeberatung leicht zugänglich, niederschwellig, neutral und wohnortnah angeboten werden soll. Der einzelne Mensch mit seinem Versorgungs- und Pflegebedarf, seinen Bedürfnissen und seinem Umfeld muss dabei im Mittelpunkt stehen. Die Enquetekommission erachtet es als wichtige Herausforderung, Beratungsangebote künftig verstärkt zielgruppenspezifisch anzubieten. Beispielsweise muss eine adäquate Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund ermöglicht werden. Familien mit schwerst- und lebensverkürzend erkrankten Kindern und mit Angehörigen mit Pflegebedarf sind auch als Zielgruppe der Beratung ernst zu nehmen.

Lebensphasengerechte Wohnangebote

Es ist der Wunsch der meisten Menschen, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu wohnen. Dank des Angebotes der ambulanten Pflege kann dieser Wunsch oft erfüllt werden.

Um dies zu ermöglichen, wird ein gutes und leistungsdifferenziertes Angebot benötigt. Dies setzt die Vernetzung der Pflege- und Betreuungsleistungen voraus.

Gute Betreuung durch ambulante Pflege, Angehörige, bürgerschaftlich Engagierte und weitere externe Kräfte sowie ärztliche Betreuung und gezielte Präventionsstrategien helfen, Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Dazu müssen häusliche Pflegesettings und ihre spezifischen Bedarfe zukünftig stärker in den Blick genommen werden.

Der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit bis ins hohe Alter ist jedoch auch mit den Risiken der Vereinsamung und der Verwahrlosung verbunden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Dienste sind oftmals die einzigen sozialen Kontakte der Menschen mit Pflegebedarf. Deshalb ist in diesem Arbeitsfeld der Aspekt der sozialen Teilhabe besonders wichtig. Es soll daher ein Unterstützernetzwerk durch bürgerschaftliches Engagement geschaffen und gefördert werden, um beispielsweise der Vereinsamung gezielt zu verhindern.

Die Enquetekommission betrachtet es als Zielsetzung, Wohnungen und Häuser altersgerecht zu bauen beziehungsweise vorausschauend altersgerecht zu sanieren. Im Pflegefall müssen

Umbaumaßnahmen ermöglicht werden, die den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit erleichtern.

Die Enquetekommission betrachtet es als Herausforderung, alltagsunterstützende Technologien für den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu entwickeln und in die Anwendung zu bringen. Dabei sollten zum einen Technologien entwickelt werden, die Pflegekräfte bei ihrer täglichen Arbeit unterstützen. Zum anderen müssen alltagsunterstützende Technologien in der häuslichen Umgebung stärker gefördert werden.

Die Enquetekommission ist der Ansicht, dass das Angebot spezialisierter ambulanter Pflege zukünftig ausgebaut werden muss, um das grundsätzliche Ziel, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, zu unterstützen und qualitativ hochwertige, flächendeckende Angebote anbieten zu können. Hierbei ist festzustellen, dass speziell auch Angebote der palliativen Versorgung nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind.

Die Enquetekommission betrachtet es als Herausforderung, zukünftig flächendeckende und wohnortnahe gemeinde- und stadtteilbezogene Angebotsstrukturen in der Pflege sicherzustellen. Dabei soll auch die stationäre Pflegeinfrastruktur mit jeweils möglichst kleinräumigen Versorgungsräumen wohnortnah vorhanden sein. Die Übergänge zwischen stationär und ambulant organisierten Wohngemeinschaften sollen möglichst fließend gestaltet sein.

Nach Ansicht der Enquetekommission soll die Normalisierung des Alltags in stationären Einrichtungen eine wichtige Zielsetzung sein. Die Sicherung von Lebensqualität, Individualität, Autonomie und Teilhabe sind dabei als wichtige Grundsätze zu beachten. Ein Umzug in ein stationäres Pflegesetting soll keinesfalls mit der Aufgabe des gewohnten Lebensstils oder des gewohnten Lebensumfelds verbunden sein. Es ist daher als Herausforderung zu betrachten, zukünftig höhere Anforderungen an die Individualität der Pflege- und Betreuungsarrangements zu berücksichtigen und eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten.

Die ärztliche Betreuung in den Heimen, gerade im fachärztlichen Sektor, ist nach wie vor ein unzureichend abgedeckter Bereich. Gründe dafür sind unter anderem fehlende oder unzureichende Abrechnungsmöglichkeiten und mangelnde Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Um angesichts der Ärzteknappeit eine hinreichende ärztliche Versorgung und Betreuung nicht dem Zufall zu überlassen, müssen dringend notwendige Anreize und Grundlagen geschaffen werden.

Damit Menschen an ihrem Wohnort oder in Wohnortnähe alt werden können, ist anzustreben, dass in einem Quartier verschiedene Formen der Betreuung und Pflege angeboten werden und diese gut miteinander vernetzt sind. Gerade das direkte Lebensumfeld kann und muss für ältere Menschen Anlaufstellen bieten, um die Chancen der Prävention kennenzulernen und wahrzunehmen. Solche Angebote müssen in einer hinreichenden Dichte auf kommunaler Ebene geschaffen werden. Quartiersansätze sind auf den Bedarf vor Ort anzupassen. In den Quartieren oder zumindest in den betreffenden Stadtteilen sollten Angebote der Grundversorgung gewährleistet sein.

Besondere Aspekte bei der Pflege und Betreuung

Menschen mit Pflegebedarf sind keine homogene Gruppe mit gleichartigen Erwartungen, sondern ebenso vielfältig wie unsere Gesellschaft insgesamt. Menschen unterscheiden sich in ihren Bedürfnissen. Jede und jeder Betroffene hat eigene Vorstellungen und Wünsche in Bezug auf die individuellen Lebensumstände. Pflege muss folglich bei der Bewältigung unterschiedlicher Bedürfnisse Unterstützung bieten können. Bedürfnisse werden von zahlreichen Faktoren geprägt. Dazu gehören Geschlecht, sozialer und kultureller Hintergrund und Religion ebenso wie der Gesundheitszustand, um nur einige Punkte zu nennen. Es muss gelingen, Individualität, Autonomie, Teilhabe und Privatheit auch für Menschen mit Pflegebedarf möglichst umfassend zu gewährleisten.

Die Würde des Menschen gebietet es, dass sich die Pflege an den körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Bedürfnissen ausrichtet. Daher hat die Enquetekommission diesen besonderen Aspekten ein eigenes Kapitel im Abschlussbericht gewidmet.

Die Enquetekommission sieht Bedarf für gendersensible Strategien in Bezug auf die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, will verstärkt Männer für die Pflegearbeit gewinnen und die Situation der vorwiegend weiblichen Haushaltshilfen thematisieren. Die gendersensible Ausprägung der Pflege soll in Praxis und Ausbildung gestärkt werden.

Menschen mit Migrationshintergrund sollen besseren Zugang zur und spezifischere Beratung über Pflege erfahren. Die interkulturelle Öffnung der Altenhilfe ist zu unterstützen.

Es bedarf einer stärkeren Sensibilisierung unserer Gesellschaft für Menschen, die von Demenz betroffen sind. Die Sorge für Menschen mit Demenz soll teilhabeorientiert ausgerichtet sein und wohnortnah umgesetzt werden. Prävention und Diagnostik sind auszubauen. Vor dem Hintergrund der psychischen Belastungen sind ihre Angehörigen in den Blick zu nehmen.

Menschen mit Behinderung brauchen altersgerechte und lebensweltorientierte Wohnformen. Viele Eltern versorgen ihre Kinder mit Behinderung zu Hause. Hier ist eine vorausschauende Unterstützung zu ermöglichen für den Fall, dass die Eltern selbst pflegebedürftig werden. Die Pflege von Menschen mit Behinderung ist im Leistungsrecht besser abzubilden.

Die Versorgung durch ambulante psychiatrische Dienste in Baden-Württemberg ist flächendeckend auszubauen und sicherzustellen. Die psychiatrische Pflege ist personell zu stärken und ihre Finanzierung ist zu verbessern.

Auch in der letzten Lebensphase soll die größtmögliche Lebensqualität geboten werden. Die Palliativversorgung macht dies möglich. Der Palliativ- und Hospizgedanke sollte in der Regelversorgung verankert werden. Die Beratungsstruktur zur palliativen Versorgung sollte ausgebaut werden. Die palliative ambulante Versorgung sowie die Brückenpflege sind finanziell abzusichern.

Pflegende Angehörige stärken

Für Baden-Württemberg ist für das Jahr 2015 von 312.500 pflegebedürftigen Menschen auszugehen. Der Anteil der in der Häuslichkeit gepflegten Menschen ist mit 70 Prozent knapp niedriger als im Bundesdurchschnitt. In der Anknüpfung an die Verteilungslogik der früheren Statistiken 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 ergeben sich knapp 300.000 pflegende Angehörige, nur für den Bereich der Leistungsempfänger nach SGB XI. Wird das Spektrum erweitert auf alle hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, vor allem im Vorfeld einer Einstufung durch den MDK, so ist auf der Basis von Experteneinschätzungen für Baden-Württemberg mit einer Zahl von 600.000 pflegenden Angehörigen zu rechnen.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie wichtig es ist, pflegende Angehörige zu stärken. Eine gute Beratung und Begleitung, Schulungsangebote und die Ergänzung durch Häusliche Krankenpflege sind Bausteine, die zum Gelingen eines häuslichen Pflegesettings beitragen, in dem die Angehörigen unterstützt werden. Ebenso muss die Gesundheit der pflegenden Angehörigen in den Blick genommen werden, Überlastungssituationen müssen vermieden werden. Hierbei kommt den Angeboten der Tagespflege eine wichtige Bedeutung zu.

Wie im Bereich der Kindererziehung stellt die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf eine zentrale Herausforderung künftiger Pflege- und Sozialpolitik dar. Der Anteil der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Pflegeverantwortung steigt. Die Entscheidung, die Pflegeverantwortung für einen Angehörigen zu übernehmen und dafür eine eigene Erwerbstätig-

keit zu reduzieren oder ganz aufzugeben, bedeutet den Verzicht auf Verdienst und Rentenanwartschaft, also die Verschlechterung der eigenen Altersversorgung. Das Familienpflegezeitgesetz und das Pflegezeitgesetz des Bundes gehen in die richtige Richtung, sollten jedoch weiterentwickelt werden. Da sich heute überwiegend Frauen den Pflegeaufgaben stellen, führt die erwerbsorientierte Ausrichtung der sozialen Sicherungssysteme zu einem erhöhten Altersarmutsrisiko bei Frauen. Die Vereinbarkeit von Pflegeverantwortung und Erwerbstätigkeit muss daher weiter verbessert werden. Hier sind die Betriebe gefordert, sich mit dem Thema Pflege verstärkt auseinander zu setzen. Die Entwicklung von Arbeitszeitmodellen und die Flexibilisierung von Arbeitszeiten sind auch auf die Bedarfe der Pflege einzurichten.

Pflege in der Familie bedeutet oftmals eine starke psychische und physische Belastung. Pflegenden Angehörige opfern sich im Spannungsfeld von Pflege, Familie und Beruf auf und stoßen dabei an ihre Belastungsgrenzen. Sie müssen daher besser entlastet und unterstützt werden, als dies bislang der Fall ist. Dazu müssen die Unterstützungsangebote für psychische und physische Belastung verbessert und ausgebaut werden.

Bürgerschaftliches Engagement fördern

In Baden-Württemberg engagieren sich derzeit über 41 Prozent der Bevölkerung freiwillig und unentgeltlich für andere. Damit nahm Baden-Württemberg bis zum Jahr 2009 eine Spitzenstellung unter den Bundesländern ein. Seither ist jedoch eine Stagnation zu verzeichnen. Insbesondere in ländlichen Gebieten ist ein Rückgang der Engagementquote zu beobachten.

Das bürgerschaftliche Engagement bewirkt schon heute sehr viel Positives in der Pflege. Die Enquetekommission weiß die Leistungen der bürgerschaftlich Engagierten überaus zu schätzen und vertraut darauf, dass dieses Engagement auch in Zukunft nicht nachlässt, sondern weiter ausgebaut werden kann. Dabei spielen die Unterstützung und die Koordination des bürgerschaftlichen Engagements eine bedeutende Rolle. Kommunen als erster Ansprechpartner vor Ort können mit der professionellen Begleitung von bürgerschaftlichen Initiativen deren Arbeit verstetigen. Mehr Betriebe sollten für Mitarbeitende, die kurz vor dem Eintritt in den Ruhestand stehen, Informationen zum bürgerschaftlichen Engagement anbieten und die Mitarbeitenden dazu ermuntern, sich bürgerschaftlich zu engagieren. Einrichtungen sollten das bürgerschaftliche Engagement als Bereicherung für ihre Pflegearbeit verstehen, bürgerschaftlich Engagierte akzeptieren und deren Stärken nutzen. Bürgerschaftlich Engagierte können eine wichtige Rolle einnehmen, wenn es darum geht, der Gefahr der Vereinsamung entgegenzuwirken.

Die Enquetekommission sieht es auch künftig als wichtige Leitlinie staatlichen Handelns auf allen Ebenen – Kommunen, Land und Bund – an, bürgerschaftliches Engagement durch positive Rahmenbedingungen zu stärken.

Präventionspotenziale nutzen

Durch zielgerichtete Präventionsmaßnahmen kann die Entstehung von Krankheiten beziehungsweise Pflegebedürftigkeit vermieden werden. Die regelmäßige Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen ermöglicht es, erste Anzeichen einer Krankheit bereits zu einem frühen Zeitpunkt zu erkennen und notwendige Maßnahmen zeitnah einzuleiten.

Für den Erhalt der Selbstständigkeit im Alter sind präventive Ansätze von zentraler Bedeutung. Hierzu gilt es Voraussetzungen zu schaffen. Präventive Angebote sind bisher praktisch noch nicht in den Versorgungsablauf implementiert. Außerdem fehlt vielfach das Wissen um das Bewusstsein für deren Potenzial.

Die Enquetekommission betrachtet es vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen und Prognosen für den Pflegebereich als wichtig, den Blickwinkel zu weiten und vermehrt darauf

zu achten, sich nicht nur mit der Sicherstellung der Qualität der Pflege zu beschäftigen, sondern ein Bewusstsein dafür zu schaffen, wie Pflegebedürftigkeit vermieden werden kann. Die Enquetekommission ist davon überzeugt, dass Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung hierbei zukünftig eine wichtige Bedeutung zukommen. Es wird eine Herausforderung sein, die relevanten Gruppen in diesem Bereich zu vernetzen, um die benötigten Angebote weiter ausbauen und anbieten zu können.

Kooperationspartner wie beispielsweise Sportvereine und Arbeitgeber müssen bei der Entwicklung zielgruppenspezifische Angebote einbezogen werden.

Rehabilitation ausbauen

Die Fokussierung und Zielrichtung der geriatrischen Rehabilitation sollte deutlicher werden: Bei der geriatrischen Rehabilitation geht es nicht primär um vollständige Heilung oder um die Verlängerung der Lebenserwartung, sondern um soziale Teilhabe, Selbständigkeit, Lebensqualität und den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit. Geriatrische Rehabilitation sollte wohnortnah erfolgen und medizinisch qualifiziert durchgeführt werden können. Daher gilt es, geriatrische Rehabilitation im häuslichen Bereich zu stärken, um eine flächendeckende geriatrische Versorgungsstruktur in Baden-Württemberg zu ermöglichen.

Um geriatrische Patientinnen und Patienten frühzeitig als solche identifizieren zu können, ist ein entsprechendes Screening notwendig. Der individuelle Behandlungsbedarf muss dabei fachspezifisch ermittelt werden. Die Patientinnen und Patienten müssen entsprechend ihrem individuellen Bedarf in geriatrischen Versorgungsstrukturen behandelt beziehungsweise rehabilitiert werden.

Es müssen Angebote zwischen einem Krankenhausaufenthalt und der eigenen Häuslichkeit geschaffen werden, in denen die Wiedererlangung der eigenen Selbstständigkeit trainiert wird. Die Enquetekommission betrachtet es daher als Zielsetzung, den Rehabilitationsaspekt in der Kurzzeitpflege zu stärken. Dabei sollte eine Kombination aus Pflege und Rehabilitation angedacht werden.

Der frühzeitige Zugang zu Rehabilitationsleistungen für ältere Menschen, für professional Pflegende und pflegende Angehörige zur Vermeidung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit ist sicherzustellen. Der Zugang muss niederschwellig sein, derzeit vorhandene Zugangsbarrieren müssen abgebaut werden. Die administrativen Hürden, die den frühzeitigen Beginn von Rehabilitationsmaßnahmen mitunter erheblich verhindern, müssen ebenso reduziert werden. Die Prüfungsverfahren müssen im Interesse der Antragstellenden verbessert werden. Schnellere Begutachtungen durch den MDK sowie eine Vereinfachung des Antragsverfahrens bei der GKV müssen folglich ermöglicht werden.

Momentan ist der Effekt zu beobachten, dass ältere Menschen eher ins Krankenhaus überwiesen werden als in eine Rehabilitationseinrichtung. Dieser Fehlentwicklung muss aus Sicht der Enquetekommission entgegengewirkt werden.

Die geriatrische Rehabilitation sollte besser finanziert werden, da durch verhinderte Pflegebedürftigkeit enorme Kosten gespart werden können. Investitionen in Rehabilitation werden aufgrund der demografischen Entwicklung zunehmend wichtig. Das Ausgabenvolumen für medizinische Rehabilitation muss dem Bedarf angepasst werden und nicht umgekehrt. Das bedeutet, es sollte nicht an der Rehabilitation, sondern durch die Rehabilitation gespart werden.

Generationengerechte Finanzierung

Seit der Einführung der Pflegeversicherung ist ein Wertverlust der Pflegeleistungen von 20 bis 25 Prozent auf Grund von Preis- und Lohnsteigerungen zu verzeichnen, ohne dass eine

entsprechende Anpassung vorgenommen worden ist. Dies führt unter anderem zu einer verstärkten Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen.

Im Hinblick auf die steigenden Eigenanteile ist die soziale Ausgewogenheit bei der Partizipation an Pflegeleistungen nicht gewährleistet.

Die Pflegeversicherung ist als Teilleistungsversicherung konzipiert. Momentan ist bei vielen Menschen das Bewusstsein nicht stark genug, dass – im Gegensatz zur Krankenversicherung – die Pflegeversicherung keinen vollständigen Leistungsabdeckungsanspruch hat. Das führt im Pflegefall oftmals zu Finanzierungslücken und sozialstaatlichem Unterstützungsbedarf. Politik und Gesellschaft sind daher aufgerufen, das Bewusstsein für die eigene Vorsorge für den Pflegefall zu stärken und zu unterstützen. Ein nachhaltiges Pflegeversicherungssystem muss gewährleistet werden.

Neben den stationären Pflegeeinrichtungen ist eine stärkere Umsetzung von ambulant betreuten Wohngruppen in kleinräumigen und strukturschwachen Gebieten erforderlich. In Folge des Auslaufens der Objektförderung und der Umsetzung der Landesheimbauverordnung bedarf es geänderter Kriterien zur Refinanzierung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen.

Sektorengrenzen überwinden

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch die Unterteilung in die verschiedenen Sektoren Gesundheit, Pflege, Rehabilitation und Prävention sowie innerhalb des Gesundheitssystems in ambulante beziehungsweise stationäre Versorgung, gekennzeichnet. Diese historisch gewachsene sektorale Trennung stellt die Akteure der Pflegeversorgung jedoch zunehmend vor eine Vielfalt an Herausforderungen. Sie prägt zum einen den Alltag der Einrichtungen und Institutionen sowie der Beschäftigten, zum anderen hat sie jedoch auch vermehrt Auswirkungen auf die Menschen mit Pflegebedarf. Es sind insbesondere die Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Sektoren, die immer wieder zu unklaren Finanzierungssituationen, Versorgungsabbrüchen, Informationsverlusten oder Zuständigkeitsfragen führen. Die Enquetekommission betrachtet es daher als Zielsetzung, die Versäulung des Gesundheits- und Pflegesystems zu überwinden und im Hinblick auf bessere Pflegemöglichkeiten und die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit flexibler zu gestalten. Hierzu müssen Strategien entwickelt und umgesetzt werden, die es ermöglichen, die bestehenden Sektorengrenzen zu überwinden, um ganzheitliche Versorgungskonzepte anbieten zu können.

Die Enquetekommission betrachtet es als Herausforderung, die Übergänge zwischen der häuslichen Krankenpflege und einem Krankenhausaufenthalt und umgekehrt besser zu organisieren und professionell zu begleiten. Dies ist sowohl im Hinblick auf Beratung als auch im Hinblick auf die pflegerische und medizinische Versorgung notwendig.

Ebenso ist die sektorale Finanzierung zu überdenken. Die starren Sektorengrenzen zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege sind ein großes Problem für eine optimale Pflegeversorgung.

Die Abgrenzung der Kranken- und Pflegekassen führt in vielen Fällen zu unbefriedigenden Ergebnissen. Beide Kassen sind bestrebt, die Ausgaben durch Leistungserstattung möglichst zu begrenzen. Dies führt zu Härten in den Übergängen – z. B. bei vorzeitigen Entlassungen aus den Krankenhäusern – und zur Vernachlässigung von für eine gute Pflege notwendigen Voraussetzungen, vor allem im Rehabilitationsbereich.

1 Auftrag, Zusammensetzung und Ablauf

1.1 Einsetzungsauftrag

Der 15. Landtag von Baden-Württemberg hat in seiner 95. Sitzung am 27. März 2014 auf der Grundlage eines fraktionsübergreifenden Antrags der Fraktion der CDU, der Fraktion GRÜNE, der Fraktion der SPD und der Fraktion der FDP/DVP vom 25. März 2014 (Drucksache 15/4977) gemäß § 34 der Geschäftsordnung des Landtags von Baden-Württemberg in der Fassung vom 1. Juni 1989 (GBl. S. 250), zuletzt geändert durch Beschluss vom 27. Juni 2012 (GBl. S. 478), beschlossen, eine Enquetekommission **„Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“** einzusetzen, die sich mit der Situation der Pflege in Baden-Württemberg sowie der dauerhaften Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege befasst.

Der Einsetzungsbeschluss hat folgenden Wortlaut:

„Der Landtag wolle beschließen:

Nach § 34 der Geschäftsordnung des Landtags von Baden-Württemberg wird eine Enquetekommission eingesetzt.

Die Enquetekommission erhält den Auftrag, zur Vorbereitung von Entscheidungen des Landtags, die der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und auf spezielle Bedarfe zugeschnittenen Pflege in Baden-Württemberg dienen, einen Bericht vorzulegen. Die Enquetekommission untersucht hierzu den aktuellen Zustand der Pflege in Baden-Württemberg und überprüft, welche Maßnahmen in die Wege geleitet werden müssen, um die Pflegequalität dauerhaft auf einem guten Niveau zu halten. Insbesondere wird es Aufgabe der Kommission sein, auf der Grundlage fundierter Daten unter Einbezug des Vor- und Umfelds der Pflege die vorhandenen Angebote in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege sowie Prävention und Rehabilitation zu bewerten und Ziele für deren Weiterentwicklung zu formulieren.

Der Pflegebereich steht in Anbetracht des demografischen Wandels und der sich verändernden gesellschaftlichen Anforderungen an eine gute Pflege vor großen Herausforderungen. Die erfreuliche Entwicklung, dass die Menschen heutzutage immer älter werden, aber infolge dessen die Zahl der Menschen mit Mehrfacherkrankungen steigt, führt dazu, dass immer mehr Menschen Pflege- und Betreuungsleistungen benötigen. Der medizinische Fortschritt trägt zu einer deutlichen Ausweitung der Lebenserwartung bei, die gleichfalls Folgewirkungen für die Pflege zeitigt. Dies hat zugleich Auswirkungen auf die vorhandenen Pflegeangebote und die Zahl der benötigten Pflegekräfte.

Nach derzeitigen Prognosen wird angenommen, dass sich bis zum Jahr 2030 gegenüber dem Jahr 2009 eine Steigerung der zu Pflegenden sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich um über 50 Prozent ergeben wird. Unter Berücksichtigung dieser Zahlen liegt auch der Personalbedarf im Jahr 2030 gegenüber dem Jahr 2009 um mindestens 50 Prozent höher, sofern keine Änderungen an den Pflegestandards erforderlich werden. Eine Ursache für den wachsenden Bedarf an Pflegekräften ist sicherlich der Umstand, dass Familienangehörige die Pflege nicht mehr in dem seitherigen Umfang übernehmen können. Dies liegt zum einen an den sich wandelnden gesellschaftlichen Strukturen und zum anderen an den wachsenden Anforderungen des Arbeitsmarktes und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Diese Entwicklungen müssen ernst genommen werden. Die Angebote im voll- und teilstationären sowie ambulanten Bereich müssen auf diese Entwicklungen vorbereitet sein und die notwendigen personellen und räumlichen Kapazitäten vorhalten. Daneben muss dafür Sorge getragen werden, dass die Einrichtungen und Dienste auch auf die speziellen Anforderungen der pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen eingestellt sind. Diese vielfältigen Anforderungen machen es notwendig, dass individuelle Pflege- und Wohnstrukturen stärker gefördert und die Übergänge zwischen den verschiedenen Angeboten vereinfacht werden und die Betroffenen so wenig wie möglich belasten.

Schon heute besteht im stationären und ambulanten Pflegebereich ein Personalengpass. Es muss zwingend nach Wegen gesucht werden, auch künftig genug Pflegepersonal zu haben. Der Pflegeberuf stellt hohe Anforderungen und ist psychisch und physisch oft sehr belastend. Hinzu kommt, dass die Angehörigen hohe Erwartungen an die fachliche Qualifikation der Pflegekräfte stellen und so ein zusätzlicher Erwartungsdruck entsteht. Es gilt, das Ansehen dieser Tätigkeit in der Öffentlichkeit zu steigern und den Beruf auch für junge Menschen, aber auch für Quereinsteiger attraktiver zu machen. Begleitend müssen die Arbeitsbedingungen verbessert und der bürokratische Aufwand so gering wie möglich gehalten werden. Ein zusätzlicher Baustein diesbezüglich könnte die Akademisierung des Pflegeberufes sein. Hierbei gilt es zu konkretisieren, wie das Profil aussehen soll und muss und wie sich dieses auf das Berufsfeld auswirkt.

Die Einrichtungen beklagen aktuell, dass der Verwaltungsaufwand zu viel Zeit in Anspruch nimmt und personelle Ressourcen bindet, obwohl diese an anderer Stelle dringend benötigt werden. In diesem Bereich stehen Prüfungen durch die Heimaufsicht und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen an vorderster Stelle. Die Forderung, diese Instrumente mehr aufeinander abzustimmen, wird von allen Einrichtungen unterstützt. Es sollte daher nach Wegen gesucht werden, unnötige Belastungen zu vermeiden und Bürokratiedürden abzubauen.

Der Bürokratieabbau darf aber nicht zulasten der Qualität der Pflege gehen. Missstände jeglicher Art müssen zwingend vermieden werden. Eine qualitativ hochwertige Pflege muss immer den Menschen im Mittelpunkt haben. Daher muss eine Balance zwischen der Notwendigkeit, die Qualität der Einrichtungen und der dort erbrachten Pflegeleistungen in regelmäßigen Abständen zu prüfen, und dem Interesse der Anbieter nach einem möglichst effizienten Prüfungsverfahren hergestellt werden.

Neben der Sicherung einer qualitativ hochwertigen ambulanten und stationären Pflege spielt der Ausbau der Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen eine wichtige Rolle. Ziel muss es sein, dass die Menschen, solange es geht, ein von Pflegeleistungen unabhängiges Leben führen. Dies setzt voraus, dass so früh wie möglich damit begonnen wird, auf eine gesunde Lebensführung zu achten und rechtzeitig präventive Maßnahmen zu ergreifen. Durch ein rechtzeitiges Gegensteuern und gezielte Rehabilitationsangebote kann vermieden werden, dass schon in mittleren Jahren Pflegebedürftigkeit eintritt. Ziel muss es sein, so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu führen und in Würde zu altern.

Ziel der Enquetekommission ist es, die Situation in der Pflege in Baden-Württemberg zu untersuchen und zu überprüfen, wie die vorhandenen Rahmenbedingungen verändert und welche Impulse gegeben werden müssen, um eine qualitativ hochwertige Pflege dauerhaft sicherzustellen. Daneben gilt es zu prüfen, welche Angebote im Bereich der Prävention und Rehabilitation erforderlich sind, um den Menschen so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Hierbei gilt es, die speziellen Bedürfnisse der Menschen mit physischen und psychischen Einschränkungen gesondert zu berücksichtigen.

Ziel der Enquetekommission ist es auch, die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu untersuchen. Dabei geht es auch um die Bezahlung und strukturpolitische Maßnahmen, die für gute Arbeitsbedingungen notwendig sind, wie Arbeitszeitmodelle und auch gesetzliche Maßnahmen.

Um die Pflege zukunftsorientiert gestalten zu können, ist bei der Erhebung der Daten und der Erwägung notwendiger Maßnahmen ein differenzierender Blick auf die Kategorien Alter, Geschlecht und Kultur notwendig.

A.

Die Enquetekommission nimmt eine Bestandsaufnahme der aktuellen Situation in der Pflege sowie der Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen vor.

B.

Bei der Entwicklung von Handlungsstrategien und Handlungsempfehlungen ist insbesondere aufzuzeigen:

I.

Allgemeine Fragen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen

- wie sichergestellt werden kann, dass auch bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ältere Menschen ihren Alltag in der eigenen Wohnung weitgehend selbstbestimmt gestalten können;*
- welche Bedeutung künftig wohnortnahen gemeinschaftlichen Wohnformen für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf zukommt;*
- welche Bedeutung dabei dem sozialräumlichen Umfeld zukommt und welche Aufgaben sich in diesem Zusammenhang künftig für die Kommunen ergeben (Quartiersentwicklung);*
- welche Bedeutung Hilfs- und Beratungsangebote im Vor- und Umfeld der Pflege (z. B. Pflegestützpunkte) bei dem Erhalt der eigenen Häuslichkeit haben;*
- welche Bedeutung alltagsunterstützender Technik bei dem Erhalt der eigenen Häuslichkeit zukommt;*
- wie sichergestellt werden kann, dass Angehörige künftig Pflege und Beruf besser miteinander vereinbaren können;*
- welche Bedeutung die kommunale Daseinsvorsorge bei der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen hat und welche gesetzlichen Regelungen erforderlich sind, um vor diesem Hintergrund die Rolle der Kommunen zu stärken;*
- welche Rolle in Zukunft der Aspekt der kultursensiblen Pflege einnehmen wird;*

II.

Voll- und teilstationäre Pflege

- wie viele Heimplätze aktuell vorhanden sind und wie sich der Bedarf in den kommenden 30 Jahren entwickeln wird;*
- wie viele Doppelzimmer in Einzelzimmer umgewandelt werden müssen, in welchem Zeitraum wie viele Plätze durch die Umstellung abgebaut werden und welcher Investitionsbedarf durch die Umstellung entsteht;*
- inwieweit Engpässe oder sonstige Mängel in diesem Bereich bestehen und worin die Ursachen hierfür liegen;*
- ob es sich bemerkbar macht, dass die Verweildauer in den Krankenhäusern abnimmt und aus diesem Grund schneller eine Einrichtung der Pflege und Rehabilitation aufgesucht werden muss;*

- *welchen Einfluss der demografische Wandel und die Zunahme multimorbider Patienten auf die personelle und finanzielle Ausstattung der Einrichtungen hat;*
- *ob – und wenn ja, wie die Versorgung dementer, psychisch kranker und behinderter Pflegebedürftiger entsprechend der jeweiligen Bedarfslagen gewährleistet ist und wie die optimale Versorgung dieser Patienten auch in der Zukunft sichergestellt werden soll;*
- *welche Mittel künftig benötigt werden, um eine ausreichende Zahl an Heimplätzen zu schaffen;*

III.

Ambulante Pflege

- *welche verschiedenen ambulanten Pflege- und Wohnmodelle es gibt und ob diese ausreichend sind, um den aktuell vorhandenen und künftigen Bedarf zu decken;*
- *welche Rolle die ambulanten Pflege- und Wohnformen für Menschen mit Behinderungen, Demenz und psychischen Erkrankungen spielen;*
- *welche spezifischen Angebote erforderlich sind, damit demenziell erkrankte Menschen ambulant versorgt werden können;*
- *welche spezifischen Hilfs- und Unterstützungsangebote für Angehörige, die demenziell erkrankte Menschen pflegen, erforderlich sind;*
- *welche spezifischen Angebote erforderlich sind, damit Menschen mit Behinderungen ambulant versorgt werden können;*
- *welche Wohnmodelle am häufigsten nachgefragt werden und welche Bedeutung ambulant betreutes Wohnen für ältere Menschen hat;*
- *bis zu welchem Grad die ambulante Pflege und die vorhandenen ambulanten Wohnformen die Versorgung in stationären Einrichtungen ersetzen können;*
- *wie Synergieeffekte zwischen ambulanter und stationärer Pflege genutzt und insbesondere fließende Übergänge von ambulant zu stationär gewährleistet werden können;*
- *ob der Grundsatz ambulant vor stationär berücksichtigt wird und inwieweit Kostenfragen an dieser Stelle Einfluss nehmen;*
- *wie sich die Situation der ambulanten Pflegedienste vor allem auch in finanzieller Hinsicht darstellt und welchen Handlungsbedarf es gibt;*
- *ob und inwieweit neue Wohn- und Pflegeformen entwickelt werden müssen, um künftig geänderte Rahmenbedingungen nachzuzeichnen;*

IV.

Prävention und Rehabilitation

- *wie sichergestellt werden kann, dass ausreichende geriatrische Kompetenzen im gesamten medizinischen Versorgungssystem vorhanden sind, beginnend bei der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung bis hin zur stationären Versorgung in Krankenhäusern;*
- *ob Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation Vorrang eingeräumt wird;*

- wie sichergestellt wird, dass gezielt Schritte eingeleitet werden, um den Eintritt der Pflegebedürftigkeit zu verhindern bzw. zu verzögern und welchen Stellenwert in diesem Zusammenhang ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote der geriatrischen Rehabilitation haben;
- ob ausreichend Präventions- und Rehabilitationsangebote vorhanden sind und wo noch Defizite bestehen;
- welche Auswirkungen daraus entstehen, dass die Menschen heute immer älter werden, und wie diesen neuen Herausforderungen begegnet werden kann;
- welche Bedeutung der familiären Unterstützung und ehrenamtlichen Hilfen in diesem Bereich zukommt;

V.

Qualität, Dokumentation, Prüfung und Struktur

- wie viele Fälle von Vernachlässigung oder sonstigen Unregelmäßigkeiten im stationären und ambulanten Bereich auftreten und worin die Hauptursachen dafür liegen;
- ob mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine Veränderung in Bezug auf die Anforderungen an die ambulante und stationäre Pflege zu erwarten ist;
- welche Maßnahmen gefordert sind, damit eine gute Pflege auch in Zukunft finanzierbar ist;
- welche Möglichkeiten es gibt, den bürokratischen Aufwand für die Einrichtungen zu verringern und die Zusammenarbeit von Heimaufsicht und Medizinischem Dienst zu verbessern, ohne Qualitätsverluste zu riskieren;
- wie sichergestellt werden kann, dass auch künftig ausreichende Pflegekräfte im ambulanten und stationären Bereich vorhanden sind;
- wie der Pflegeberuf insgesamt attraktiver gestaltet werden kann und die Übergänge zwischen den einzelnen Ausbildungszweigen fließender gestaltet werden können;
- ob durch die Einrichtung einer Pflegekammer der Pflegeberuf gestärkt werden kann;
- welche Möglichkeiten und Modelle es gibt, um eine bessere Vernetzung der beteiligten Akteure aus allen Bereichen (Angehörige, Hausärzte, Pflegepersonal, Einrichtungsleitungen etc.) zu erreichen, um die Belastung für die Pflegebedürftigen sowie gegebenenfalls der pflegenden Angehörigen möglichst gering zu halten;
- inwieweit und in welchen Bereichen durch haupt-, neben- und ehrenamtlich tätige Personen eine Entlastung professioneller Pflegekräfte ermöglicht werden und wie hier eine bessere Verzahnung gewährleistet werden kann;

VI.

Arbeitsbedingungen in der Pflege (SGB V, XI, XII) untersuchen und verbessern

- wie hoch die Fluktuation bei Pflegekräften ist;
- was die angenommenen Gründe dafür sind;

- *welche Rahmenbedingungen verbessert werden müssen, um die Voraussetzungen für die Arbeit der Pflegekräfte zu verbessern;*
- *welche Rolle dabei die Bezahlung spielt;*
- *welche Rolle der kontinuierliche Personalabbau in der Pflege in den letzten Jahren spielt und welche Konsequenzen er für die veränderten Arbeitsbedingungen hat;*
- *wie die Sach- und Rechtslage für den Einsatz von ausländischen Betreuungskräften, die oftmals eine kostengünstigere Alternative bei einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung darstellen, zu bewerten ist und wo hier Anpassungen erforderlich sind;*
- *wie die vom Wissenschaftsrat empfohlene Akademisierung der Pflegeberufe zu bewerten ist;*
- *wie die Vernetzung der Berufsausbildung vieler Gesundheitsberufe im Zuge einer möglichen Akademisierung vorangebracht werden kann mit dem Ziel, sowohl einen besseren Austausch zwischen den Gesundheitsberufen zu erreichen und gleichzeitig durch eine bessere Ausbildung die Chancen für die Bildung einer interdisziplinären Gesundheitsversorgung zu erhöhen;*
- *durch welche vermehrte Delegation von Tätigkeiten von Pflegefachkräften auf andere Berufsbilder (z. B. Dokumentation, einfache Tätigkeiten) eine Entlastung der Fachkräfte erfolgen könnte, damit diese einen höheren Anteil ihrer Arbeitszeit der unmittelbaren Pflege widmen können.*

C.

Es gilt eine Angebotslandschaft zu schaffen, die den individuellen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen gerecht wird. Hierzu sind die vorhandenen Angebote gezielt weiterzuentwickeln und flächendeckend auszubauen. Entsprechendes ist im Bereich der Prävention und Rehabilitation sicherzustellen. Ein weiteres wesentliches Ziel ist die Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe und die Gewinnung von Fachkräften.

D.

Die Enquetekommission besteht aus 15 Mitgliedern der im Landtag vertretenen Fraktionen, die nach dem Stärkeverhältnis der Fraktionen von diesen benannt werden (6 CDU, 4 GRÜNE, 4 SPD, 1 FDP/DVP) sowie bis zu 15 stellvertretenden Mitgliedern. Jede Fraktion hat das Recht, eine sachverständige Person und einen Stellvertreter/eine Stellvertreterin als stimmberechtigtes Mitglied der Kommission zu benennen.

E.

Die Enquetekommission erstattet dem Landtag bis zum 27. Januar 2016 einen abschließenden Bericht im Plenum. Die Fragestellungen und Themenschwerpunkte des Einsetzungsbeschlusses sind als Leitfaden zu verstehen. Sollte die Enquetekommission in ihrer fachlichen Arbeit feststellen, dass die Fragestellungen und Themenschwerpunkte der Ergänzung bedürfen, kann sie diese weiter konkretisieren und gegebenenfalls verändern und auch andere themenbezogene Bereiche einbeziehen.“

1.2 Rechtsgrundlage

Rechtsgrundlage für Einsetzung, Zusammensetzung und Verfahren der Enquetekommission ist § 34 der Geschäftsordnung des Landtags von Baden-Württemberg in der Fassung vom 1. Juni 1989 (GBl. S. 250), zuletzt geändert durch Beschluss vom 28. November 2014 (GBl. S. 794) (im Folgenden Geschäftsordnung).

Nach § 34 Abs. 1 der Geschäftsordnung kann der Landtag zur Vorbereitung von Entscheidungen über umfangreiche und bedeutsame Sachverhalte eine Enquetekommission einrichten. Er ist dazu verpflichtet, wenn dies von einem Viertel der Mitglieder des Landtags oder von zwei Fraktionen beantragt wird.

Die Enquetekommission ist gemäß § 34 Abs. 5 der Geschäftsordnung verpflichtet, dem Landtag einen abschließenden schriftlichen Bericht zu erstatten.

1.3 Zusammensetzung der Kommission

1.3.1 Abgeordnete

Aufgrund der Vorschläge der Fraktionen hat der Landtag in seiner 95. Sitzung am 27. März 2014 folgende Mitglieder und stellvertretende Mitglieder gewählt:

Mitglieder:

CDU: Frau Dr. Marianne Engeser
Herr Manfred Hollenbach
Herr Thaddäus Kunzmann
Herr Dr. Patrick Rapp
Herr Helmut Walter Rüeck
Frau Jutta Schiller

GRÜNE: Herr Manfred Lucha
Frau Bärbl Mielich
Herr Thomas Poreski
Frau Charlotte Schneidewind-Hartnagel

SPD: Frau Anneke Graner
Herr Rainer Hinderer
Herr Thomas Reusch-Frey
Herr Florian Wahl

FDP/DVP: Herr Jochen Haußmann

Stellvertretende Mitglieder:

CDU: Frau Elke Brunnemer
Herr Wilfried Klenk
Herr Werner Raab
Herr Felix Schreiner
Frau Dr. Monika Stolz
Herr Stefan Teufel

GRÜNE: Frau Petra Häffner
Herr Daniel Andreas Lede Abal
Frau Andrea Lindlohr
Herr Dr. Kai Schmidt-Eisenlohr

SPD: Herr Thomas Funk
Herr Hidir Gürakar
Herr Ernst Kopp
Frau Sabine Wölfle

FDP/DVP: Herr Andreas Glück

Durch Beschluss in der 110. Sitzung des Landtags am 5. November 2014 ist an die Stelle der aus der Enquetekommission ausgeschiedenen Abgeordneten Anneke Graner die Abgeordnete Sabine Wölfle, bisher stellvertretendes Mitglied, getreten.

Bei den stellvertretenden Mitgliedern ist durch Beschluss in der 121. Sitzung des Landtags am 4. März 2015 der Abgeordnete Guido Wolf an die Stelle des zum Landtagspräsidenten gewählten Abgeordneten Wilfried Klenk getreten.

1.3.2 Externe Mitglieder

Aufgrund der Vorschläge der Fraktionen hat der Landtag in seiner 96. Sitzung am 10. April 2014 folgende externe Mitglieder und stellvertretende externe Mitglieder gewählt:

Mitglieder:

Herr Thomas Reumann
Landrat, Reutlingen

Herr Prof. Dr. habil. Thomas Klie
Evangelische Hochschule Freiburg

Herr Herbert Weisbrod-Frey
Bereichsleiter Gesundheitspolitik Ver.di Bundesvorstand

Herr Michael Wipp
Geschäftsführer der Haus Edelberg Dienstleistungsgesellschaft und Mitglied im bpa-Landesvorstand Baden-Württemberg

Stellvertretende Mitglieder:

Herr Rainer Kontermann
Stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) e. V.

Herr Dr. Uwe Schirmer
Akademie Südwest ZfP Südwürttemberg

Frau Sabine Seifert
Pflegedienstleiterin in der Evangelischen Diakonissenanstalt Speyer-Mannheim

Herr Tilman Kommerell
Leiter Krankenpflegeschule Bildungszentrum Überlingen, Helios Klinik

1.3.3 Vorsitz

In ihrer ersten Sitzung am 30. April 2014 hat die Enquetekommission Herrn Abgeordneten Helmut Walter Rüeck (CDU) zum Vorsitzenden und Herrn Abgeordneten Manfred Lucha (GRÜNE) zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt.

1.3.4 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

1.3.4.1 Landtagsverwaltung

Der Enquetekommission wurden Herr Regierungsdirektor Thomas Mattes, Herr Martin Holzke (M.A. Pflegewissenschaft) und Frau Parlamentsrätin Claudia Thannheimer (ab 15. Juni 2015) als wissenschaftliche Mitarbeiter zugeordnet. Außerdem haben in der Ausschussgeschäftsstelle Herr Oberregierungsrat Andreas Gebhardt und Frau Judith Mühleisen mitgearbeitet.

Die stenografische Betreuung der Enquetekommission wurde federführend von Frau Sabrina Möller mit Unterstützung von Frau Eva-Maria Münzenmaier wahrgenommen.

1.3.4.2 Fraktionen

Für die Fraktionen waren folgende parlamentarische Beraterinnen und Berater tätig:

CDU: Herr Danijel Paric
Frau Meike Hoppe

GRÜNE: Frau Kirsten Koners
Frau Tanja Urban

SPD: Herr Dr. Johannes Berger

FDP/DVP: Herr Dr. Jan Havlik

1.4 Beratungsablauf

1.4.1 Sitzungen

Die Enquetekommission trat in der Zeit vom 30. April 2014 bis 22. Januar 2016 sechzehnmal zusammen (vgl. Anhang 1). In den öffentlichen Teilen von neun Sitzungen führte die Enquetekommission vom 24. Oktober 2014 bis 3. Juli 2015 ein Fachgespräch und zwölf Sachverständigenanhörungen durch, bei denen 57 Sachverständige in 60 Vorträgen angehört wurden. Vom 27. Februar 2015 bis 3. Juli 2015 fand jeweils vormittags und nachmittags eine öffentliche Anhörung statt. Am 24. Juli 2015 hörte die Enquetekommission außerdem Vertreter von 26 Verbänden an.

Der Sitzungsplan ist im Anhang 1 beigefügt.

1.4.2 Anträge

Die Enquetekommission hat am 3. Juli 2014 einen an die Landesregierung gerichteten Berichts Antrag zur Bestandsaufnahme der „Pflege“ in Baden-Württemberg gestellt (Antrag Nr. 1).

Der Antrag der Enquetekommission und die Stellungnahme der Landesregierung sind im Anhang 3 abgedruckt.

1.4.3 Anhörungsverfahren

1.4.3.1 Sachverständigenanhörungen

Im Rahmen des Fachgesprächs und den zwölf öffentlichen Anhörungen im Landtag von Baden-Württemberg wurden folgende Sachverständige angehört:

Sitzung am 24. Oktober 2014 (Fachgespräch):

- **Herr Prof. Dr. habil. Thomas Klie**, Professor für Rechts- und Verwaltungswissenschaften, Gerontologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg
- **Herr Thomas Reumann**, Vorstandsvorsitzender der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft
- **Herr Ernst Olbricht**, Katholischer Pflegeverband e. V., Landesgruppe Baden-Württemberg
- **Herr Prof. Dr. med. Volker Köllner**, Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Medizinische Fakultät des Saarlandes
- **Herr Herbert Weisbrod-Frey**, Bereichsleiter ver.di Bundesvorstand
- **Herr Michael Wipp**, Geschäftsführer der Haus Edelberg Dienstleistungsgesellschaft

Sitzung am 3. Dezember 2014:

- **Frau Prof. Dr. jur. Anne Friedrichs**, Präsidentin der Hochschule für Gesundheit Bochum
- **Frau Prof. Dr. Astrid Elsbernd**, Dekanin der Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Hochschule Esslingen
- **Frau Dr. rer. cur. Sabine Proksch**, Leiterin Pflege und Service; Leiterin Geschäftsbereich Pflegeentwicklung, Kreiskliniken Reutlingen GmbH
- **Herr Prof. Dr. Stefan Görres**, Dekan des Fachbereichs Human- und Gesundheitswissenschaften und Mitglied des Direktoriums, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Bremen
- **Herr Tilman Kommerell**, Leiter der Krankenpflegeschule HELIOS Spital Überlingen

Sitzung am 23. Januar 2015:

- **Herr Dr. h.c. Frank Otfried July**, Landesbischof der Evangelischen Landeskirche in Württemberg
- **Herr Prof. Dr. Gerhard Naegele**, Direktor des Instituts für Gerontologie an der TU Dortmund
- **Frau Prof. Dr. Susanne Kümpers**, Professorin für Qualitative Gesundheitsforschung, Soziale Ungleichheit und Public Health Strategien im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda
- **Herr Prof. Dr. habil. Thomas Klie**, Professor für Rechts- und Verwaltungswissenschaften, Gerontologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg
- **Herr Roland Sing**, Vorsitzender des Landessenorenrats Baden-Württemberg
- **Frau Rosemarie Daumüller**, Geschäftsführerin des Landesfamilienrats Baden-Württemberg

Sitzung am 27. Februar 2015, Teil I am Vormittag:

- **Herr Dr. Peter Messmer**, Soziologe und Lehrbeauftragter
- **Frau Anja Schilling**, Stiftdirektorin, Kuratorium im Alter, Bad Krozingen
- **Herr Nils Opitz-Leifheit**, Vorsitzender der Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Württemberg e. V.
- **Herr Dr. Alfons Maurer**, Vorstand der Paul Wilhelm von Kepler-Stiftung

Sitzung am 27. Februar 2015, Teil II am Nachmittag:

- **Herr Matthias Einwag**, Dipl.-Volkswirt, Hauptgeschäftsführer der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V.
- **Frau Prof. Dr. Renate Stemmer**, Professorin für Pflegewissenschaft und Pflegemanagement an der Katholischen Hochschule Mainz
- **Frau Irene Gölz**, Landesfachbereichsleiterin ver.di Baden-Württemberg
- **Herr Detlef Friedrich**, Geschäftsführer der contec GmbH, BioMedizinZentrum Ruhr

Sitzung am 20. März 2015, Teil I am Vormittag:

- **Monsignore Bernhard Appel**, Diözesan-Caritasdirektor, Vorstandsvorsitzender des Caritasverbands für die Erzdiözese Freiburg
- **Frau Waltraud Kannen**, Geschäftsführerin Sozialstation Südlicher Breisgau e. V.

- **Frau Eva-Maria Armbruster**, Vorstandsvorsitzende der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e. V., stellvertretende Vorstandsvorsitzende Diakonisches Werk Württemberg
- **Frau Susanne Pletowski**, Inhaberin der Susanne Pletowski PflegeService (SPPS) GmbH, Karlsruhe

Sitzung am 20. März 2015, Teil II am Nachmittag:

- **Herr Frank Wößner**, Pfarrer, Vorstandsvorsitzender Samariterstiftung
- **Frau Ursula Kremer-Preiß**, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Leiterin des Bereichs Wohnen und Quartier
- **Herr Hermann Genz**, Stadt Mannheim, Leiter des Fachbereichs Arbeit und Soziales
- **Frau Isabel Fezer**, Bürgermeisterin Landeshauptstadt Stuttgart, Referat Soziales, Jugend und Gesundheit

Sitzung am 24. April 2015, Teil I am Vormittag:

- **Frau Elisabeth Beikirch**, Projektbüro Ein-STEP Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, fachliche Leitung Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH, Berlin
- **Frau Prof. Dr. Ulrike Höhmann**, Professur für multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen, Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit (Department für Pflegewissenschaft)
- **Frau Sonja Pfeiffer-Balic**, Pflegefachberaterin beim Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Baden-Württemberg
- **Herr Michael Wipp**, Geschäftsführer der Haus Edelberg Dienstleistungsgesellschaft

Sitzung am 24. April 2015, Teil II am Nachmittag:

- **Herr Karl-Josef Laumann**, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit sowie Patientenbeauftragter und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung
- **Frau Dr. Pia Wieteck**, RECOM GmbH (Fachverlag für Medizin und Pflege), Abteilungsleiterin Forschung & Entwicklung
- **Herr Dr. Christopher Hermann**, Vorsitzender des Vorstands der AOK Baden-Württemberg
- **Herr Walter Scheller**, Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg

Sitzung am 22. Mai 2015, Teil I am Vormittag:

- **Herr Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Kruse**, Direktor des Instituts für Gerontologie an der Universität Heidelberg
- **Herr Prof. Dr. habil. Thomas Klie**, Professor für Rechts- und Verwaltungswissenschaften, Gerontologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg
- **Herr Albrecht Hegener**, Leiter Kernteam III – Menschen mit Behinderung, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Baden-Württemberg e. V.
- **Frau Jutta Pagel-Steidl**, Geschäftsführerin Landesverband für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung Baden-Württemberg e. V.
- **Herr Michael Theune**, Pflegedienstleiter Case-Management, Klinikum am Weissenhof, 1. Vorsitzender der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V.

Sitzung am 22. Mai 2015, Teil II am Nachmittag:

- **Frau Annegret Burger**, Leitung und Koordination Ambulante Lebens- und Sterbebegleitung im Hospiz St. Martin
- **Herr Michael Herpich**, Bildungsreferent in der Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie für Bildung und Forschung, Hospiz Stuttgart
- **Frau Prof. Dr. Katharina Gröning**, Professorin an der Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Pädagogische Beratung und Diagnose unter besonderer Berücksichtigung der gesellschaftlichen Geschlechterverhältnisse
- **Frau Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin**, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Fakultät für Gesundheitswissenschaften/AG 3 Epidemiologie & International Public Health, Universität Bielefeld
- **Frau Heiderose Berroth**, Diplom-Kaufmann, Schatzmeisterin und ehrenamtliche Kaufmännische Leitung, Hospiz Leonberg e. V.
- **Herr Gökay Sofuoğlu**, Landesvorsitzender Türkische Gemeinde in Baden-Württemberg (TGBW), Bundesvorsitzender der Türkischen Gemeinde Deutschland (TGD)

Sitzung am 3. Juli 2015, Teil I am Vormittag:

- **Herr Ellio Schneider**, Geschäftsführer der Waldburg-Zeil Kliniken
- **Herr Dr. Kilian Rapp**, Privatdozent, Facharzt für Innere Medizin und Klinische Geriatrie, Oberarzt am Robert-Bosch-Krankenhaus
- **Herr Olaf Werner**, Geschäftsführer Kur- und Klinikverwaltung, Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau
- **Herr Dr. Michael Jamour**, Chefarzt der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Ehingen, Facharzt für Innere Medizin, Klinische Geriatrie, Physikalische Therapie

Sitzung am 3. Juli 2015, Teil II am Nachmittag:

- **Herr Dr. phil. Helmut Müller**, 1. Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe Rheinland-Pfalz e. V.; Vorsitzender des Dachverbands der Pflegeorganisationen (DPO) und Mitglied der Landespflegekonferenz
- **Herr Bernhard Schneider**, Hauptgeschäftsführer Evangelische Heimstiftung GmbH
- **Herr Univ.-Prof. Dr. phil. Frank Weidner**, Gründungsdekan der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, Lehrstuhl für Pflegewissenschaft
- **Herr Tom Rutert-Klein**, Leiter der Abteilung 65 Sozialversicherungen, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz

Die von den Sachverständigen während der Anhörungen gezeigten Präsentationen sind im Anhang 5 beigefügt.

Die Protokolle der öffentlichen Sachverständigenanhörungen sind auf der Homepage des Landtags von Baden-Württemberg (<http://www.landtag-bw.de>) in der Mediathek unter der Kategorie „Enquetekommission“ veröffentlicht..

1.4.3.2 Verbändeanhörung

Bei der am 24. Juli 2015 stattgefundenen Anhörung von Verbänden nahmen teil:

- Landespflegerat Baden-Württemberg
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
- ver.di
- KAS – Konferenz der Altenpflegeschulen
- Landesfrauenrat Baden-Württemberg
- wir pflegen – Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e.V.
- Landesverband für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung e.V.
- Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
- Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.
- Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V.
- Caritas
- Diakonie
- IRGW/IRGB (Israelitische Religionsgemeinschaft Württemberg und Baden)
- Zentralrat der Muslime Baden-Württemberg

- Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Arbeiterwohlfahrt
- Deutsches Rotes Kreuz
- Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft
- AOK Baden-Württemberg
- B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg
- Kassenärztliche Vereinigung
- Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
- Unfallkasse Baden-Württemberg
- Gemeindetag und Städtetag Baden-Württemberg
- Landkreistag Baden-Württemberg

Die von den Verbänden während der Anhörung gezeigten Präsentationen sind im Anhang 6 beigelegt.

Das Protokoll der Verbändeanhörung ist auf der Homepage des Landtags von Baden-Württemberg (<http://www.landtag-bw.de>) in der Mediathek unter der Kategorie „Enquetekommission“ veröffentlicht.

1.4.4 Schriftliche Stellungnahmen

Die Enquetekommission hat im Verlauf ihrer Tätigkeit die folgenden schriftlichen Stellungnahmen erhalten und ausgewertet:

1.4.4.1 Stellungnahme der Landesregierung

Das mit der Begleitung der Kommissionsarbeit betraute Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg hat namens und im Auftrag der Landesregierung eine Stellungnahme zum Antrag Nr. 1 der Enquetekommission erstellt und dem Landtag am 25. November 2014 übermittelt.

Die Stellungnahme ist im Anhang 3 abgedruckt.

1.4.4.2 Gutachten der Katholischen Hochschule Freiburg

In der Stellungnahme des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg konnten nicht alle 27 Fragestellungen aus dem Antrag Nr. 1 vollständig beantwortet werden. Teilweise stand kein ausreichendes Datenmaterial zur Verfügung.

Die Enquetekommission hat deshalb ein ergänzendes Gutachten bei der Katholischen Hochschule Freiburg – Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung (IAF) eingeholt. Ein Team unter der Leitung der Prorektorin und IAF-Institutsleiterin, Frau Professorin Cornelia Kricheldorf, hat im Zeitraum vom 1. Februar bis 15. Juli 2015 ein umfangreiches Gutachten zu den noch offenen Fragen erstellt.

Das Gutachten ist im Anhang 4 abgedruckt.

3 Handlungsempfehlungen

3.1 Pflege und Gesellschaft

3.1.1 Pflege als gesamtgesellschaftliche Herausforderung

Die Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“ sieht im Thema Pflege eine der großen gesellschafts- und sozialpolitischen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte. Deren Bedeutung reicht weit über einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung hinaus. Es geht um die kulturelle Frage, wie mit Themen der Verletzlichkeit des Menschen, mit der Verteilung von Sorgearbeiten zwischen Generationen und im Geschlechterverhältnis, zwischen Staat und Gesellschaft umgegangen wird. Unsere Gesellschaft verändert sich, also muss sich auch Pflege weiterentwickeln. Es bedarf innovativer Denkansätze. Es gilt, die Aufgabe der Pflege und Sorge breit in unserer Gesellschaft zu verankern, neue Akteure zu gewinnen und zukunftsfähige Angebote zu entwickeln.

Für die Enquetekommission ist es von großer Bedeutung, dass Pflege und Sorge gerecht ausgestaltet werden. Gerechtigkeit ist hierbei unter verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Sie bezieht sich auf die Menschen, die gepflegt werden, ebenso wie auf die Menschen, die pflegen. Die Pluralität unserer Lebensformen steht beim Thema Pflege in besonderer Weise vor einer Bewährungsprobe. Pflege muss der gesellschaftlichen Diversität und individuellen Bedürfnissen insgesamt gerechter werden. Da Pflege heute im privaten wie im professionellen Raum vorwiegend von Frauen geleistet wird, ergibt sich die Herausforderung, künftig mehr Männer für die Pflege und Sorge zu gewinnen und so eine geschlechtergerechtere Aufgabenverteilung zu erreichen. Gerechtigkeit hat ebenso einen transnationalen Bezug. Bei der Gewinnung von Pflege- und Assistenzkräften aus dem Ausland ist zu bedenken, wie sich die Abwanderung dieser Menschen auf die Versorgung in ihren Heimatländern auswirkt und wie die teilweise prekäre Situation von ausländischen Assistenzkräften in deutschen Haushalten verbessert werden kann.

Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) wurde im Jahr 1995 als Teilleistungsversicherung konzipiert. Die pflegebedingten Kosten werden abgemildert, aber es verbleibt ein Eigenanteil, der selbst zu finanzieren ist oder durch das soziale Umfeld der Menschen in Pflegebedarf geleistet wird. Die Ausgestaltung der Pflegeversicherung sollte künftig verschiedene Lebensformen und soziale Ungleichheiten besser berücksichtigen. Das System der Pflegeversicherung muss auf die geänderten gesellschaftlichen Verhältnisse und Anforderungen reagieren und angepasst werden. Insbesondere muss die Finanzierung der Pflegeversicherung gesichert und generationengerecht ausgestaltet sein. Eine vertiefte Betrachtung der Finanzierungsfragen findet im Abschnitt 3.8.1 „Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ statt.

Herausforderung demografische Entwicklung

Die Enquetekommission hatte die Katholische Hochschule Freiburg mit der Erstellung eines Gutachtens zur Bestandsaufnahme der Pflege in Baden-Württemberg beauftragt. Dieses Gutachten enthält detaillierte Aussagen zur demografischen Entwicklung in Baden-Württemberg. Es ist diesem Abschlussbericht als Anhang 4 in voller Länge beigelegt. Für das Land Baden-Württemberg ergibt sich in der Prognose bis zum Jahr 2030 ein Bevölkerungswachstum, das mit einem gleichzeitigen Anstieg des Durchschnittsalters der Bevölkerung verbunden ist. Die Anzahl der 20- bis 59-Jährigen geht zurück, während die Anzahl der über 80-Jährigen überproportional wächst. Daraus folgt eine deutliche Zunahme der Gruppe der Menschen mit Pflegebedarf bei gleichzeitigem Rückgang des Pflege- und Unterstützungspotenzials.

Alter kann zwar nicht automatisch mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit gleichgesetzt werden, jedoch führt schon allein der wachsende Anteil von hochaltrigen Menschen an der Gesamtbevölkerung zur Erhöhung des Erkrankungs- und Pflegebedürftigkeitsrisikos. Mit der Alterung der Bevölkerung sind außerdem epidemiologische Veränderungen verbunden, welche insbesondere durch die Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität

geprägt sind. Insgesamt leiden zwei Drittel der über 65-Jährigen unter mindestens zwei chronischen Krankheiten, die Anzahl nimmt mit steigendem Alter zu.

Die Demenzerkrankung ist eine der wichtigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen, die zur Pflegebedürftigkeit führt. Ab einem mittelschweren Grad der Demenz ist fast ausnahmslos davon auszugehen, dass die betroffene Person pflegebedürftig ist. In Baden-Württemberg wird die Zahl der Menschen mit Demenz um ca. 61.000 ansteigen; von knapp 200.000 im Jahr 2015 auf knapp 260.000 im Jahr 2030. Neben einer guten pflegerischen Versorgung benötigen Menschen mit Demenz vor allem die Integration in das gesellschaftliche Leben und in ein soziales Netzwerk.

Die demografische Entwicklung ist auch in den Einrichtungen der Behindertenhilfe deutlich zu erkennen. Erstmals in der deutschen Geschichte altert eine Generation von Menschen mit Behinderung. Historisch bedingt liegen wenige Erfahrungen über behinderungsspezifische Auswirkungen von Alterskrankheiten und Auswirkungen von Behinderungen auf die Lebenserwartung vor. Hier besteht nicht nur hoher Forschungsbedarf, sondern auch ein Bedarf von multiprofessioneller Verzahnung der verschiedenen Leistungen für Menschen mit Behinderung. In der Behindertenarbeit sind die neuen Bedarfe älterer Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen. Die Einrichtungen sind hier gefordert, den Erfahrungsaustausch zwischen Behindertenhilfe und Altenhilfe zu intensivieren sowie ihr Personal mit gezielten Fort- und Weiterbildungen auf diese Aufgabenstellung vorzubereiten. Der Bundesgesetzgeber sollte sich darum bemühen, die Schnittstelle zwischen Behinderten- und Altenhilfe besser zu synchronisieren.

Der Bedarf nach Pflegeleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund wird in den nächsten Jahren anwachsen. Deshalb ist die Beratung und Aufklärung für die Zielgruppe der Zuwanderer zu stärken. Ebenso bedarf es der kultursensiblen Schulung des Pflegepersonals und des Aufbaus von speziellen Angeboten.

Daraus wird deutlich, dass Pflege zielgruppenorientiert gestaltet werden und sich an den besonderen Bedürfnissen der einzelnen Menschen orientieren muss. Das Kapitel 3.4 „Besondere Aspekte bei der Pflege und Betreuung“ des Abschlussberichts geht auf diese Thematik ein.

Über die Weiterentwicklung der Pflege und den Ausbau der Pflegeversorgungsstruktur hinaus ist es aus Sicht der Enquetekommission erforderlich, dass die Landesregierung auch eine Gesamtdemografiestrategie für das Land entwickelt. Der demografische Wandel stellt uns vor Herausforderungen, die eine in sich stimmige Antwort notwendig machen. Ein solches Gesamtkonzept sollte nicht nur Fragen der Pflege, sondern darüber hinaus unter anderem auch die Generationenverhältnisse, Familienformen und die Integration von Zugewanderten berücksichtigen.

Innovationskultur fördern

Um die Herausforderungen der Pflege zu meistern, bedarf es einer offenen, innovationsfreundlichen Grundhaltung. Die Enquetekommission ermuntert alle Akteure im Bereich der Pflege ausdrücklich dazu, neue Ideen und Konzepte zu entwickeln. Der Enquetekommission ist bewusst, dass solche neuen Ansätze nicht immer in vorhandene Rahmenbedingungen passen. Daher appelliert sie an die Landesregierung, hier Spielräume aufzuzeigen und zu nutzen. Damit Innovation gelebt werden kann, bedarf es einer Ermöglichungs- statt einer Erledigungsverwaltung. Die Enquetekommission erwartet, dass behördliche Akteure durch qualifizierte Unterstützung und positive Grundhaltung Innovationen aktiv befördern.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission sieht die Förderung einer Innovationskultur als bedeutend an und gibt dazu folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Neue Formen im Leistungserbringungsrecht sollen genutzt und erprobt werden.
- b) Fachlich innovative Konzepte sollen behördlicherseits unterstützt werden, das gilt insbesondere bei der Entstehung von neuen Wohnformen.
- c) Es sind Governancestrukturen zu befördern, die auf Kooperation von Unternehmen und Zivilgesellschaft abzielen. Beispielhaft seien hier die Tagespflege in Unternehmen, Kooperationen von Beförderungsunternehmen und Kfz-Wirtschaft, Bürgerbusse oder Kooperationen zwischen Pflegediensten und therapeutischen Praxen genannt.

3.1.2 Würde und Selbstbestimmung im Alter

Das Alter als Chance verstehen

Geschlechter-, Rollen- und Altersbilder sind in Bewegung gekommen. Altersgenerationen haben sich ausdifferenziert. Wer mit 50 Jahren vor dem Zweiten Weltkrieg schon zu den „Alten“ zählte, ist heute weit davon entfernt, als „Senior“ bezeichnet zu werden. Der Lebensabschnitt des aktiven Ruhestands hat sich verlängert. Gleichzeitig ist unsere Gesellschaft durch die zunehmende Zahl der Hochbetagten auch mit den schwierigen Seiten des Lebens konfrontiert. Der gesamte Fragenkomplex Alter und Pflege hängt mit dem Menschenbild zusammen; auch mit der Einstellung zu Schwachheit und Hilfsbedürftigkeit. Pflege ist ein eminent werthaltiges Themenfeld, in dem Werte, Glaubens- und Lebensüberzeugungen sowie Lebensstile besonders zum Tragen kommen. Daraus müssen wir als Gesellschaft tragfähige Antworten entwickeln.

Auch wenn sich die Enquetekommission gemäß ihres Einsetzungsauftrags vorwiegend mit der pflegerischen Versorgung beschäftigt, so ist es ihr ein großes Anliegen, auf die Potenziale des Alters und der älteren Menschen in unserer Gesellschaft hinzuweisen. Respekt vor Lebenserfahrung und Lebensleistung der älteren Generation ist eine Grundvoraussetzung für ein gelingendes Miteinander. Der demografische Wandel bietet auch Chancen. Mehr ältere Menschen können sich aktiv in die Gesellschaft einbringen. Das bürgerschaftliche Engagement bietet hierzu ein breites Betätigungsfeld, auch in der Pflege.

Das bürgerschaftliche Engagement bewirkt schon heute sehr viel Positives in der Pflege. Die Enquetekommission weiß die Leistungen der bürgerschaftlich Engagierten überaus zu schätzen und vertraut darauf, dass dieses Engagement auch in Zukunft nicht nachlässt, sondern weiter ausgebaut werden kann. Dabei spielen die Unterstützung und die Koordination des bürgerschaftlichen Engagements eine bedeutende Rolle: Kommunen als Ansprechpartner vor Ort können mit der professionellen Begleitung von bürgerschaftlichen Initiativen deren Arbeit verstetigen. Mehr Betriebe sollten für Mitarbeitende, die kurz vor dem Eintritt in den Ruhestand stehen, Informationen zum bürgerschaftlichen Engagement anbieten und die Mitarbeitenden dazu ermuntern, selbst aktiv zu werden. Einrichtungen sollten das bürgerschaftliche Engagement als Bereicherung für ihre Pflegearbeit verstehen, bürgerschaftlich Engagierte akzeptieren und deren Stärken nutzen. Bürgerschaftlich Engagierte können eine wichtige Rolle einnehmen, wenn es darum geht, der Gefahr der Vereinsamung entgegenzuwirken.

Die Enquetekommission sieht es auch künftig als wichtige Leitlinie staatlichen Handelns auf allen Ebenen – Kommunen, Land und Bund – an, bürgerschaftliches Engagement durch positive Rahmenbedingungen zu stärken.

Ziel muss es sein, ältere Menschen – auch im Ruhestand – zu aktivieren, und zwar bevor sie pflegebedürftig werden. Wer aktiv ist, bleibt in der Regel länger gesund. Hierzu bedarf es vor

Ort, im Lebensumfeld der Menschen, attraktive und zielgruppenspezifische Angebote der Prävention. Gleichzeitig muss es gelingen, in der Bevölkerung mehr Bewusstsein für den Nutzen von Prävention zu schaffen. Wer erkennt, dass es sich lohnt, in die eigene Gesundheit zu investieren, und welche Erfolge mit Prävention erzielt werden können, wird auch etwas dafür tun.

Selbstbestimmung im Alter ermöglichen

Die meisten Menschen wollen solange wie möglich in der vertrauten Häuslichkeit verbleiben und ein selbstbestimmtes Leben führen. Oberste Leitlinie der Pflegepolitik muss es sein, diesem Wunsch so gut und so lange wie möglich gerecht zu werden. Idealerweise finden Menschen mit Pflegebedarf über differenzierte Angebote vor Ort das passende Angebot für ihren individuellen Bedarf. Die Pflegeleistungen und das Pflegeangebot müssen so gestaltet werden, dass Pflege der sozialen Teilhabe dient und ein Altern in Würde ermöglicht wird. Pflege muss die individuellen Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf mehr berücksichtigen, auf deren Gewohnheiten Rücksicht nehmen und auf deren Wünsche eingehen.

Aus Sicht der Enquetekommission müssen die Potenziale von Altersgerechten Assistenzsystemen für ein selbstbestimmtes Leben (Ambient Assisted Living – AAL) verstärkt genutzt werden. Technische Alltagshilfen und Servicerobotik müssen im Interesse der Menschen mit Pflegebedarf weiterentwickelt und die Einführung dieser Produkte auf dem Markt angestrebt werden. Neue Technologien sind dabei so zu entwickeln, dass sie für Pflegende gesundheits-erhaltend, für Menschen mit Pflegebedarf alltagsunterstützend und sicherheitsfördernd sind. Im Fokus stehen dabei die menschenfreundliche Lebensqualität und die autonomiesichernde Lebensführung. Der Gesichtspunkt der ethischen Vertretbarkeit darf bei der Entwicklung nicht außer Acht gelassen werden. Wege der interdisziplinären Begleitung unter Einbeziehung der Nutzerinnen und Nutzer sind zu unterstützen.

Da Menschen auch bei Beeinträchtigungen und Behinderungen so lange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit leben wollen, sollte der ambulante Betreuungssektor ausgebaut und unterstützt werden. Die Kommunen müssen hierfür Verantwortung übernehmen, sich aktiv mit der demografischen Entwicklung und den Herausforderungen vor Ort befassen und diese gestalten. Eine legale und qualitativ hochwertige Versorgung, Betreuung und Pflege im häuslichen Umfeld sicherzustellen, gelingt wahrscheinlich nur über eine Subventionierung der Dienstleistungen. Das dazu bereits im Rahmen der Nachhaltigkeitsstrategie Baden-Württemberg erarbeitete Konzept für haushaltsnahe Dienstleistungen sollte weiter entwickelt werden. Ob die 24-Stunden-Hausbetreuung durch externe Betreuungskräfte eine auch für die Bundesrepublik Deutschland umsetzbare Lösung ist, sollte auf Bundesebene ebenfalls näher untersucht werden. Es soll geprüft werden, ob und wie Pflege und Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit im Leistungsrecht den stationären Leistungen in der Pflege gleichgestellt werden können.

Nicht alle Menschen mit Pflegebedarf können in ihrer eigenen Häuslichkeit ausreichend versorgt werden. Als weitere Angebotsform bieten ambulant betreute Wohngemeinschaften und stationäre Hausgemeinschaftskonzepte gute Teilhabequalitäten. Im Sinne der Selbstbestimmung ist hier ein ausreichendes Angebot anzustreben. Um dieses Ziel zu erreichen, sind die Aspekte der finanziellen Förderung, der Personalausstattung sowie der Beratung und Gründungshilfe für Wohngemeinschaften zu berücksichtigen.

Der Wunsch nach Selbstbestimmung endet nicht mit dem Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Auch gibt es Möglichkeiten, sich stärker am individuellen Bedarf der Bewohnerinnen und Bewohner zu orientieren. Damit dies gelingt, sollten die stationären Pflegeeinrichtungen verstärkt Unterstützung durch bürgerschaftlich Engagierte zur Alltagshilfe einsetzen.

Die Pluralisierung von Lebensstilen und Lebenszielen auch im Alter wird sich fortsetzen. Damit werden sich ebenso die Ansprüche der Menschen mit Pflegebedarf immer weiter ausdifferenzieren. Auf diese Vielfalt müssen Pflegekräfte durch spezifisches Fachwissen, insbesondere in Bezug auf soziale Kompetenzen, vorbereitet sein, um adäquat und souverän damit umgehen zu können.

Das Kapitel 3.3 „Lebensgestaltung bei Pflege- und Unterstützungsbedarf“ enthält weitere Ausführungen zu den unterschiedlichen Pflegesettings.

In Baden-Württemberg wurde 2014 das Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz WTPG verabschiedet. Mit diesem Gesetz verbessert Baden-Württemberg Lebensqualität, Vielfalt, Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Pflege- bzw. Unterstützungsbedarf und Menschen mit Behinderungen. Durch die Schaffung der „ambulant betreuten Wohngemeinschaft“ wird ein Weg für neue innovative Betreuungs- und Wohnformen eröffnet.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission sieht es als bedeutende gesellschaftliche Herausforderung an, ein Altern in Würde und Selbstbestimmung zu ermöglichen, und gibt dazu nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Um die Möglichkeiten der altersgerechten Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben auch bei den Endkunden bekannt zu machen, sollen Multiplikatoren eingesetzt werden. AAL-Lotsen oder Senioren-Technik-Botschafter könnten gemeinsam mit dem örtlichen Handwerk praxisbezogen informieren. Alle Akteure in Bauwirtschaft und Handwerk sollen in Bezug auf AAL geschult und sensibilisiert werden. Die Vermittlung von AAL muss verbraucherfreundlich gestaltet werden, damit sie tatsächlich wirkt. Außerdem ist die finanzielle Förderung des Technologieeinsatzes durch die Pflegeversicherung zu prüfen.
- b) Die Landesregierung soll unter Einbindung von Pflegeversicherern und Trägern aus dem Pflegebereich eine öffentlichkeitswirksame Kampagne durchführen, deren Ziel es ist, in der Bevölkerung das Bewusstsein zur Vorsorge und der Prävention zu stärken.
- c) Die Landesregierung soll bei der bei der Evaluation des Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetzes im Jahr 2017 (gem. § 34 WTPG) ein besonderes Augenmerk auf Teilhabe-konzepte legen.

3.1.3 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung

Fachkräftesicherung

Mit der steigenden Zahl der Menschen mit Pflegebedarf geht – unabhängig von den Pflegesettings – ein steigender Bedarf an Fachkräften in der Pflege einher. Gleichzeitig ist die Altersgruppe der 20- bis 59-Jährigen vom Bevölkerungsrückgang betroffen, sodass weniger Menschen im Erwerbsalter für eine Pflegetätigkeit zur Verfügung stehen. Daher sieht es die Enquetekommission als wichtige Herausforderung an, den künftigen Bedarf an Fachkräften in der Pflege sicherzustellen.

Ein Ziel muss es sein, mehr Menschen für eine Ausbildung in der Pflege zu begeistern. Dies gilt für Schulabgänger genauso wie für Quer- oder Wiedereinsteiger in den Beruf. Einrichtungen und Gesetzgeber können dazu beitragen, indem sie gute Ausbildungsbedingungen bieten. Dazu gehören die Wertschätzung der Auszubildenden, deren gute Praxisanleitung, die Abbildung des Ausbildungsaufwands in den Personalschlüsseln und die Verringerung des Theorie-Praxis-Gefälles. Das Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“ des Abschlussberichts stellt diese Thematik umfassend dar.

Die Zuwanderung ist im Kontext der Pflege als Chance zu begreifen und sollte entsprechend gestaltet werden. Ausländische Pflegekräfte können einen Teil des Bedarfs decken, wenn deren Anwerbung und Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt durch ein Zuwanderungsgesetz gut geregelt sind. Das Potenzial von Pflegekräften mit Migrationshintergrund kann insbesondere auch im Hinblick auf den Bedarf an kultursensibler Pflege wertvoll sein. Die zügige Aner-

kennung ausländischer Pflegekräfte mit gleichwertigen Qualifikationen durch das zuständige Regierungspräsidium ist anzustreben.

Ein weiteres Ziel ist es, den Menschen, die sich für einen Beruf in der Pflege entschieden haben, durch gute Arbeitsbedingungen einen langen und zufriedenstellenden Verbleib im Beruf zu ermöglichen. Wichtige Aspekte dabei sind Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit (Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention), Unterstützung durch technische Hilfsmittel (Servicerobotik), Entlastung der Pflegefachkräfte durch den Einsatz von Assistenzkräften, Optimierung der Geschäftsprozesse und Entbürokratisierung. Gefordert sind hier sowohl der Staat als Gesetzgeber bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen als auch die Einrichtungen in ihrer Verantwortung als Arbeitgeber. Da die Arbeitsbedingungen ein Schlüsselthema für eine gelingende pflegerische Versorgung darstellen, ist ihnen mit 3.5 ein eigenständiges Kapitel gewidmet.

Unterschiedliche Konzepte für Stadt und Land

Die Betrachtung der demografischen Entwicklung macht deutlich, dass in Baden-Württemberg die Unterschiede zwischen Stadt und Land zunehmen werden. Die Städte und städtischen Regionen werden weiter wachsen, während ländliche Kommunen schrumpfen. Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf die Bedarfe und Bedingungen in der Pflege. 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.

Die Enquetekommission sieht es als erforderlich an, eine gebietsbezogene gemeinsame Verantwortung für die pflegerische Versorgung zu entwickeln. Daher ist die kommunale Ebene stärker in die Koordination, Planung und Vernetzung der Pflege einzubeziehen. Trotz unterschiedlicher Ausgangsbedingungen muss die pflegerische Versorgung in städtischen wie auch in ländlichen Räumen gleichermaßen gut gelingen. Daher sind die regionalen Gegebenheiten durch die Einbindung der Beteiligten und der vorhandenen Netzwerke zu berücksichtigen.

Rolle der Kommunen stärken

Die Enquetekommission sieht in der Stärkung der Rolle der Kommunen ein wichtiges Handlungsfeld. Pflege sollte vor Ort stärker thematisiert werden. Wenn Quartiers- und Dorfentwicklung unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gegebenheiten in den einzelnen Kommunen stattfindet, passgenaue Lösungsansätze gefunden werden, die sich an den Bedürfnissen der Menschen orientieren. Lokale Bündnisse gelingen am besten, wenn sie von Kommunen flankiert werden. Ideen für innovative Wohnformen entstehen vor Ort, dort, wo sie gebraucht werden. Die Planung und der Ausbau von Infrastruktur gehört zum klassischen Kerngeschäft der Kommunen. Diese Kompetenz will die Enquetekommission für die Pflege verstärkt nutzen. Ob es darüber hinaus sinnvoll ist, den Kommunen direkte finanzielle Verantwortung aus der Pflegeversicherung zu übertragen, sollte in Optionsmodellen erprobt und anschließend bewertet werden.

Gleicher Zugang zur Pflege für alle

Die Enquetekommission ist der Auffassung, dass die Auswirkungen der sozialen Ungleichheit auf die Pflegesituation vermindert werden müssen. Der Zugang zur Pflegeversicherung muss für alle gleich sein. Es gibt Hinweise darauf, dass jüngere Menschen mit Pflegebedarf schneller Zugang zu beantragten Leistungen erhalten als sehr alte Menschen. Auch gibt es Erkenntnisse darüber, dass Frauen und unter Armut leidende Menschen ein höheres Risiko haben, im Alter zu vereinsamen. Daher müssen die Aspekte sozialer Ungleichheit in ihren Wirkungen auf das Gesundheitsrisiko, den Pflegebedarf, die soziale Netzwerksituation sowie das Vereinsamungsrisiko näher analysiert werden, um entsprechend reagieren zu können. Risikogruppen müssen zuerst identifiziert werden, um sie dann besser begleiten zu können.

Nachbarschaftliche Netzwerke, barrierefreie Wohnumfeldgestaltung sowie eine sozialraumbezogene Alterspolitik können der Vereinsamung gezielt entgegenwirken. Weitere Ansatzpunkte wären das Casefinding-Management in Armutsrisikobereichen und eine bessere Begleitung aller Menschen mit Pflegebedarf durch Fachkräfte. Auch die Verbesserung der unabhängigen Beratung kann den Zugang zu Pflegeleistungen erleichtern. Diese Instrumente werden in den folgenden Abschnitten vertieft angesprochen.

Pflegende Angehörige stärken

Für Baden-Württemberg ist für das Jahr 2015 von 312.500 pflegebedürftigen Menschen auszugehen. Hier liegt der Anteil der in der Häuslichkeit gepflegten Menschen mit 70 Prozent knapp niedriger als im Bundesdurchschnitt. In der Anknüpfung an die Verteilungslogik der früheren Statistiken ergeben sich rechnerisch aktuell rund 218.000 Menschen mit Pflegebedarf, die in Baden-Württemberg nur durch Angehörige gepflegt werden. Ausgehend von den Zahlen des MDK Baden-Württemberg ergeben sich knapp 300.000 pflegende Angehörige, nur für den Bereich der Leistungsempfänger nach SGB XI. Wird das Spektrum jedoch auf alle Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf erweitert, vor allem im Vorfeld einer Einstufung durch den MDK, so ist auf der Basis von Experteneinschätzungen für Baden-Württemberg mit einer Zahl von 600.000 pflegenden Angehörigen zu rechnen.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie wichtig es ist, pflegende Angehörige zu stärken. Eine gute Beratung und Begleitung, Schulungsangebote und die Ergänzung durch häusliche Pflege sind Bausteine, die zum Gelingen des häuslichen Pflegesettings beitragen, in dem die Angehörigen unterstützt und entlastet werden müssen. Ebenso muss die Gesundheit der pflegenden Angehörigen in den Blick genommen werden, Überlastungssituationen müssen vermieden werden. Hierbei kommt den Angeboten der Tagespflege eine wichtige Bedeutung zu.

Wie im Bereich der Kindererziehung ist die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf eine zentrale Herausforderung künftiger Pflege- und Sozialpolitik. Der Anteil der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Pflegeverantwortung steigt. Die Entscheidung, die Pflegeverantwortung für Angehörige zu übernehmen und dafür die eigene Erwerbstätigkeit zu reduzieren oder ganz aufzugeben, bedeutet den Verzicht auf Verdienst und Rentenanwartschaft, also die Verschlechterung der eigenen Altersversorgung. Das Familienpflegezeitgesetz und das Pflegezeitgesetz des Bundes gehen in die richtige Richtung, sollten aber weiterentwickelt werden. Da sich heute überwiegend Frauen den Pflegeaufgaben stellen, führt die erwerbsorientierte Ausrichtung der sozialen Sicherungssysteme zu einem erhöhten Altersarmutsrisiko bei Frauen. Die Vereinbarkeit von Pflegeverantwortung und Erwerbstätigkeit muss daher weiter verbessert werden. Hier sind die Betriebe gefordert, sich mit dem Thema Pflege verstärkt auseinanderzusetzen. Die Entwicklung von Arbeitszeitmodellen und die Flexibilisierung von Arbeitszeiten sind auch auf die Bedarfe der Pflege einzurichten.

Weitere Ausführungen zur Pflege in den Familien finden sich im Abschnitt 3.3.3. „Familiäre Pflege“.

Sektorengrenzen überwinden

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch Unterteilung in die verschiedenen Sektoren Gesundheit, Pflege, Rehabilitation und Prävention sowie innerhalb des Gesundheitssystems in die ambulante beziehungsweise stationäre Versorgung gekennzeichnet. Diese historisch gewachsene sektorale Trennung stellt die Akteure der Pflegeversorgung jedoch zunehmend vor vielfältige Herausforderungen. Sie prägt zum einen den Alltag der Einrichtungen und Institutionen sowie der Beschäftigten, zum anderen hat sie jedoch auch vermehrt Auswirkungen auf die Menschen mit Pflegebedarf. Es sind insbesondere die Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Sektoren, die immer wieder zu unklaren Finanzierungssituationen, Versorgungsabbrüchen, Informationsverlusten oder Zuständigkeitsfragen führen. Die Enquetekommission betrachtet es daher als Zielsetzung, die Versäulung des Gesundheits- und Pflegesystems im Hinblick auf bessere Pflegemöglichkeiten, die Steigerung der Lebensqualität und Selbstständigkeit sowie die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit flexibler zu gestalten. Hierzu müssen

Strategien entwickelt und umgesetzt werden, die es ermöglichen, die bestehenden Sektorengrenzen zu überwinden, um ganzheitliche Versorgungskonzepte anbieten zu können.

Da sich die Versäulung des Gesundheits- und Pflegesystems auf sämtliche Bereiche der zukünftigen pflegerischen Versorgung auswirkt, sind die konkreten Handlungsempfehlungen jeweils in den betroffenen Kapiteln enthalten.

Handlungsempfehlungen

Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung im ganzen Land ist ein wichtiges Anliegen der Enquetekommission, die dazu nachstehende Handlungsempfehlungen abgibt:

- a) Die Landesregierung soll alle eigenen Maßnahmen mit Auswirkung auf die pflegerische Versorgung speziell auf die Belange des ländlichen Raums hin überprüfen und erforderlichenfalls anpassen.
- b) Die Landesregierung soll beim Bund und den Kommunen auf eine stärkere Sensibilisierung in Bezug auf die pflegerische Versorgung des ländlichen Raumes vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung hinwirken.
- c) Die Enquetekommission appelliert an die Rahmenvertragspartner, die Refinanzierung der Fahrzeiten ambulanter Dienste zu prüfen.
- d) Die Landesregierung soll Forschungsprojekte über den Zusammenhang der Aussicht auf die Bewilligung von Pflegeleistungen und der Herkunft der Menschen mit Pflegebedarf initiieren, damit den Aspekten sozialer Ungleichheit besser abgeholfen werden kann.
- e) Die Landesregierung soll den Gesundheitsstatus von pflegenden Angehörigen in Baden-Württemberg mittels einer wissenschaftlichen Studie erheben, damit pflegende Angehörige gezielt unterstützt werden können.

3.1.4 Wertschätzung der Pflege

Die familiäre, die professionelle sowie die Pflege durch bürgerschaftlich Engagierte muss mehr Anerkennung, Respekt und Wertschätzung erfahren. Der gesellschaftliche Stellenwert von Pflege muss verbessert werden. Das Bewusstsein, dass Pflegebedürftigkeit jeden Menschen treffen kann und ein generationenübergreifendes Thema darstellt, ist in alle Lebenswelten zu tragen. Durch die Reflexion der eigenen Einstellung zum Umgang mit Hilflosigkeit, zum Verlust der Kontrollfunktionen und körperlichem Abbau, zu Schwäche und Hilfsbedürftigkeit kann eine ambivalente Haltung gegenüber der Pflege und gegenüber den Pflegenden ins Positive gewandelt werden.

Eine Sensibilisierung für das Pflege Thema soll nach Auffassung der Enquetekommission bereits in der Schule stattfinden. Zugänge zu persönlichen Pflegeerfahrungen und damit zu sozialem Lernen sind in der Breite zu unterstützen. Die Enquetekommission sieht hierzu in Sozialpraktika und in freiwilligen Einsätzen wie beispielsweise im Freiwilligen Sozialen Jahr und im Bundesfreiwilligendienst geeignete Instrumente. Wer eigene persönliche Erfahrungen im Pflegebereich gemacht hat, entwickelt ein anderes Bewusstsein für diese Thematik. Diese Erfahrungen aus dem sozialen Lernen sollten bei späteren Bewerbungen stärker gewichtet werden und insbesondere den Zugang zu Pflegeberufen und anderen sozialen Berufen erleichtern.

Der zunehmende Kostendruck auf die Träger wirkt kontraproduktiv in Bezug auf die Wertschätzung der Pflege. Diesem Rationalisierungsdruck muss etwas entgegengesetzt werden. Dem Beziehungscharakter und dem ganzheitlichen Anspruch der Pflege muss mehr Raum gegeben werden. Gedanken der sozialen Gerechtigkeit und der Menschenwürde stehen dabei

im Mittelpunkt. Die Enquetekommission appelliert an alle Akteure im Bereich der Pflege, sich hierauf zu besinnen und dem sozialen Aspekt der Pflege im konkreten Handeln wieder mehr Raum zu geben. Dies gilt im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit, in der Ausbildung wie auch in der politischen Kommunikation. Die Loslösung vom System der Minutenpflege durch das Pflegestärkungsgesetz II wird begrüßt.

In der Gesellschaft genießt insbesondere die Krankenpflege eine sehr hohe Anerkennung und das Vertrauen in diese Berufsgruppe ist sehr groß. In Studien und Meinungsumfragen zum beruflichen Ansehen und zur Vertrauenswürdigkeit belegen Pflegeberufe Spitzenplätze. Trotz dieses gesellschaftlich hohen Ansehens zeigt sich bei der Berufswahl ein anderes Bild. Studien zur Ergreifung des Pflegeberufs machen deutlich, dass diese weder für die Eltern noch für die Jugendlichen selbst als attraktive Perspektive erscheinen. Dieser Widerspruch stellt eine Herausforderung für die Öffentlichkeitsarbeit in der Pflege ebenso wie für die Gewinnung von Auszubildenden dar.

Die internationale Pflegestudie RN4Cast (Registered Nurse Forecasting) hat sich mit der Arbeitssituation in deutschen Krankenhäusern und deren Einfluss auf die Arbeit und das Wohlbefinden des Pflegepersonals befasst. Auf die Frage, ob die Pflegekraft Lob und Anerkennung für ihre Arbeit erfährt, gaben nur 35 Prozent der deutschen Pflegekräfte an, dass ihre Arbeit von Vorgesetzten anerkannt werde. Damit bleibt Deutschland hinter den anderen europäischen Ländern zurück. Neben guten Arbeitsbedingungen scheint die persönliche Anerkennung der geleisteten Arbeit ein bedeutender Faktor für ein gutes Arbeitsumfeld zu sein. Eine wesentliche Komponente in der Führungsarbeit in der Pflege muss daher ein wertschätzender Umgang mit den Beschäftigten sein. Dies ist sowohl in der täglichen Praxis als auch bei der Schulung und Weiterbildung der Führungskräfte zu beachten.

Handlungsempfehlungen

Um die Wertschätzung für die Pflege in unserer Gesellschaft zu fördern, empfiehlt die Enquetekommission der Landesregierung:

- a) zu prüfen, inwiefern die Bildungspläne angepasst werden müssen, um bereits in der Schule eine stärkere Sensibilisierung für das Thema Pflege zu erreichen;
- b) gemeinsam mit Einrichtungsträgern, Verbänden und Gewerkschaften aus dem Pflegebereich eine Kampagne durchzuführen mit dem Ziel, für Freiwilliges Soziales Jahr und Bundesfreiwilligendienst mehr Plätze in der Pflege zur Verfügung zu stellen und tatsächlich zu besetzen sowie mehr junge Männer für den Pflegeberuf zu interessieren.

3.1.5 Pflegekammer

Sachstand in den anderen Bundesländern

Die erste Landespflegekammer ist in Rheinland-Pfalz beschlossen worden. Im Dezember 2014 hat der rheinland-pfälzische Landtag das um eine Landespflegekammer erweiterte Heilberufegesetz einstimmig verabschiedet. Die Pflegekammer soll zum 1. Januar 2016 eingerichtet werden.

In Niedersachsen hat sich im Juli 2015 die Gründungskonferenz Pflegekammer konstituiert. Die Gründungskonferenz Pflegekammer soll parallel zum laufenden Gesetzgebungsverfahren die Arbeit des Errichtungsausschusses bereits administrativ vorbereiten und die Pflegekräfte vor Ort über die Pflegekammer informieren.

In Schleswig-Holstein hat am 15. Juli 2015 der Landtag die Gründung einer Pflegekammer beschlossen. Die Landesregierung rechnet mit einem Zeitraum von drei Jahren für die Errichtung der Pflegekammer und die Aufnahme der Arbeit.

In Bayern ist eine Interessenvertretung der Pflegekräfte ohne Zwangsmitgliedschaft, ein sogenannter „Pflegering“ geplant. Am 30. Juni 2015 wurde ein entsprechendes Konzept von der bayerischen Staatsregierung abgesegnet. Der Vorschlag kommt ohne eine Pflichtmitgliedschaft aus. Geplant ist, dass Pflegekräfte beitragsfrei Mitglied werden können. Die Verbände der Pflegekräfte sollen bei Bedarf mitarbeiten können. Wichtige Aufgaben der neuen Körperschaft wären unter anderem die Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sowie die Mitwirkung an Gesetzgebungsvorhaben.

In Hamburg hat eine Befragung im Jahr 2014 unter Pflegenden keine Mehrheit für eine Pflegekammer ergeben. Politisch ist hier vorerst keine Pflegekammer geplant.

Zwischen November 2014 und März 2015 wurden in Berlin rund 1.200 Pflegekräfte zu ihrer Meinung bezüglich der Errichtung einer Pflegekammer befragt. Rund 59 Prozent stimmten für die Errichtung einer Pflegekammer, rund 17 Prozent waren dagegen.

Das Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern hat eine Studie in Auftrag gegeben, die sich mit dem Thema „Die Situation der Pflegeberufe in Mecklenburg-Vorpommern“ befasst. Ein Schwerpunkt der Befragung ist, wie die Betroffenen zur Frage der Errichtung einer Pflegekammer stehen.

Nach dem Vorbild anderer Bundesländer gibt es auch in Brandenburg eine Initiative zur Gründung einer Pflegekammer. Auf der Petitionsplattform Change.org werden Unterschriften gesammelt, um den politischen Prozess zu beschleunigen.

Im Saarland sind die Beschäftigten in Pflegeberufen bereits Pflichtmitglied der sogenannten „Arbeitskammer“. Insofern handelt es sich hier um eine besondere Situation. In den vergangenen Jahren wurde zusätzlich ein konstruktiver Dialog, zum Beispiel durch den „Runden Tisch Pflegekammer“, angestrebt. Im April 2015 hat die Ausschreibung einer Pflege-Referenten-Stelle bei der Arbeitskammer für Kritik in der Pflegelandschaft gesorgt. So wird der Landeskammer und dem Gesundheitsministerium vorgeworfen, damit die Bildung einer saarländischen Pflegekammer verhindern zu wollen.

Herausforderungen

Mit der Änderung des Krankenpflegegesetzes im Jahr 1985 wurde erstmals festgeschrieben, dass Pflege nicht nur eine ausführende Tätigkeit ist, die umgesetzt, was angeordnet wurde, sondern eigenverantwortliche Aufgaben wahrnimmt. Die Enquetekommission sieht es als notwendig an, dass Pflegende auf Augenhöhe mit den anderen Entscheidern im Gesundheitswesen agieren können. Ärzte, Apotheker und Psychotherapeuten verfügen über eigene berufsständische Vertretungen in Form von Kammern. Es soll daher entlang der Erfahrungen aus den anderen Bundesländern untersucht werden, wie mit der Einrichtung einer Pflegekammer diese Augenhöhe zu den anderen Gesundheitsberufen befördert werden kann.

Die Enquetekommission sieht generell in der weiteren Professionalisierung und Aufwertung des Pflegeberufs eine Chance, das Berufsfeld der Pflege langfristig attraktiv zu erhalten und die Zufriedenheit der in der Pflege Tätigen nachhaltig zu verbessern. Die Pflege muss in der Lage sein, auf steigende Anforderungen reagieren zu können. So bedeutet beispielsweise der steigende Bedarf an medizinischer Versorgung in der Langzeitpflege, dass mehr Verantwortung bei den Pflegekräften liegt.

Für die Enquetekommission ist es ein wichtiges Ziel, die Angehörigen der Pflegeberufe in ihrem Selbstverständnis zu stärken. Es ist daher erforderlich, die in der Pflege Tätigen bei der Weiterentwicklung ihres Berufsbildes miteinzubeziehen. Eine Entscheidung über die Einrichtung einer Pflegekammer in Baden-Württemberg kann nicht ohne ein Votum der in der Pflege beschäftigten Personen getroffen werden.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung,

- a) die Entwicklungen zu den Entstehungsprozessen der Pflegekammern in den anderen Bundesländern sorgfältig mitzuverfolgen,
- b) die Gründung einer Pflegekammer auf den Weg zu bringen, falls sich die in der Pflege beschäftigten Personen in einer repräsentativen Befragung, die wissenschaftlichen Gütekriterien genügt, für eine Pflegekammer in Baden-Württemberg aussprechen.

Dem Landtag ist bis zum 31. Dezember 2019 über den Stand der Entwicklungen zu berichten.

Minderheitenvoten zu Kapitel 3.1 „Pflege und Gesellschaft“

Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „24-Stunden-Betreuung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.1.2 „Würde und Selbstbestimmung im Alter“

Nach Auffassung der FDP/DVP-Fraktion benötigt die Tatsache, dass bundesweit schätzungsweise bis zu 300.000 externe Betreuungskräfte, überwiegend aus dem osteuropäischen Ausland, in Privathaushalten tätig sind, eine bessere gesetzliche und sozialrechtliche Absicherung. Positive Erfahrungen, die in Österreich mit einem Fördermodell gemacht wurden, sollen bei einer Lösung auf Bundesebene mit einbezogen werden. Wir halten die Forderung, die damit verbundenen notwendigen arbeitsrechtlichen und finanziellen Änderungen auf Bundesebene anzuregen, aufrecht.

Darüber hinaus fordern wir die Erprobung durch ein Modellprojekt in Baden-Württemberg unter Einbeziehung der Organisationen, die immer wieder auf den dringenden Regelungsbedarf dieser Frage hinweisen.

Handlungsempfehlungen

Wir fordern, dass sich das Land Baden-Württemberg auf Bundesebene für die bessere gesetzliche und sozialrechtliche Absicherung der 24-Stunden-Hausbetreuung durch externe Betreuungskräfte einsetzt unter Einbindung der Erfahrungen, die dazu in der Republik Österreich vorliegen, und ein Modellprojekt auflegt.

Abweichendes Minderheitenvotum der Fraktionen von CDU und FDP/DVP zu den Handlungsempfehlungen 3.1.5 „Pflegekammer“

Herausforderungen

Die Fraktionen von CDU und FDP/DVP unterstützen den Wunsch nach einem stärkeren Selbstverständnis der Pflegekräfte. Durch diese Stärkung wird nicht nur der Pflegeberuf attraktiver, sondern auch die Zufriedenheit der Pflegekräfte mit ihrem Beruf würde steigen. Als eine Komponente zur Stärkung des Selbstverständnisses wurde in den Anhörungen wiederholt die Einführung einer Pflegekammer genannt. Bisher wurde sie nur in einem Bundesland eingeführt. Es liegen daher noch keine Erfahrungswerte vor. Es ist es jedoch unerlässlich, die Entwicklung in den anderen Bundesländern, insbesondere die Erfahrungen in Rheinland-Pfalz, zu nutzen, um daraus ein eigenes Konzept zu entwickeln. Sollten sich nachweisbare Verbesserungen in den Arbeitsbedingungen und bei der Qualitätssicherung sowie eine nachhaltige Stärkung des Berufsfeldes Pflege auf die Einführung der Pflegekammer zurückführen lassen, so kann auch in Baden-Württemberg die Einführung einer Pflegekammer auf den Weg gebracht werden. In diesen Prozess ist dann zwingend ein repräsentatives Meinungsbild der Pflegekräfte einzubeziehen.

Handlungsempfehlungen

Die Fraktionen von CDU und FDP/DVP empfehlen der Landesregierung:

- a) die Entwicklungen zu den Entstehungsprozessen der Pflegekammern in den anderen Bundesländern sorgfältig mitzuverfolgen,
- b) auf der Basis der Erfahrungen der anderen Bundesländer ein eigenes Konzept für Baden-Württemberg zu entwickeln,
- c) ein repräsentatives Meinungsbild der in der Pflege beschäftigten Personen zu diesem Konzept herbeizuführen, das wissenschaftlichen Kriterien standhält.

Dem Landtag ist bis zum 31. Dezember 2019 über den Stand der Entwicklungen zu berichten.

Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP zu dem abweichenden Minderheitenvotum der Fraktionen von CDU und FDP/DVP zu den Handlungsempfehlungen 3.1.5 „Pflegekammer“

In der Sitzung am 9. Oktober 2015 fasste die Enquetekommission diesen Beschluss mit den Stimmen der Fraktionen von FDP/DVP, CDU und SPD als Handlungsempfehlung. Dieses Votum wurde mit der Mehrheit der Fraktionen von SPD und GRÜNE in der Sitzung am 4. Dezember 2015 wieder abgeändert. Wir halten an der ursprünglich beschlossenen Fassung fest, da sie aus unserer Sicht ein offenes und transparentes Verfahren ohne vorherige tendenzielle Festlegung seitens des Landes gewährleistet.

3.2 Prävention, Rehabilitation und Akutversorgung

3.2.1 Prävention

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 Verhinderung von Pflegebedarf von hoher Bedeutung.

Zwei Arten von Zugangswegen zur Prävention

Der individuelle Ansatz richtet sich über Präventionskurse an den einzelnen Menschen. Die Kurse sollen Menschen dazu befähigen und motivieren, sich gesundheitsförderlich zu verhalten, indem sie sich beispielsweise mehr bewegen (Verhaltensprävention).

Über den Setting-Ansatz werden die Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld angesprochen und erreicht. Dies geschieht über Gesundheitsförderungsmaßnahmen in z. B. Kindertageseinrichtungen und Schulen sowie in Betrieben. Außerdem wird das Lebensumfeld selbst zum Gegenstand gesundheitsförderlicher Veränderungen (Verhältnisprävention). Bei Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz werden verhaltens- und verhältnispräventive Elemente miteinander verknüpft. Die Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20a Abs. 2 SGB V sind dem Setting-Ansatz zuzuordnen.

Prüfsiegel „Deutscher Standard Prävention“

Für die Umsetzung von Maßnahmen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung sind die Krankenkassen vor Ort verantwortlich. Die Krankenkassen entscheiden auf der Grundlage des GKV-Leitfadens.¹ Sie können dabei innerhalb dieses Rahmens eigene Schwerpunkte setzen. Die Mehrzahl der Krankenkassen hat die Zentrale Prüfstelle Prävention mit der Prüfung und Zertifizierung von Kursangeboten beauftragt. Die Anbieter können sich direkt online an die Zentrale Prüfstelle wenden, um ihr Angebot prüfen und zertifizieren zu lassen. Wenn ein Angebot alle Prüfkriterien erfüllt, erhält es das Prüfsiegel „Deutscher Standard Prävention“. Angebote mit dem Prüfsiegel sind in einer zentralen Kurs-Datenbank gelistet, die über die Krankenkassen den Versicherten zur Verfügung gestellt werden können.

Präventionsgesetz

Der Deutsche Bundestag hat am 18. Juni 2015 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVg) verabschiedet, um damit den Stellenwert der Prävention in unserer Gesellschaft zu stärken.

Das Präventionsgesetz setzt auf die zielgerichtete Zusammenarbeit der Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung: Neben der gesetzlichen Krankenversicherung werden auch die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, die Soziale Pflegeversicherung und auch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung eingebunden. In der Nationalen Präventionskonferenz legen künftig die Sozialversicherungsträger unter Beteiligung insbesondere von Bund, Ländern, Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit und der Sozialpartner gemeinsame Ziele fest und verständigen sich auf ein gemeinsames Vorgehen.

¹ Der Leitfaden Prävention gibt die Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 (Primärprävention) und 20a (Betriebliche Gesundheitsförderung) SGB V einheitlich vor.

Die Soziale Pflegeversicherung erhält einen neuen Präventionsauftrag, um künftig auch Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen mit gesundheitsfördernden Angeboten erreichen zu können.

Die Kranken- und Pflegekassen werden künftig mehr als 500 Mio. Euro pro Jahr für Gesundheitsförderung und Prävention investieren. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten wie Kindertageseinrichtungen, Schulen, Kommunen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen mit insgesamt mindestens rund 300 Mio. Euro jährlich. Grundlage für die Umsetzung ist die nationale Präventionsstrategie.

3.2.1.1 Prävention von Pflegebedürftigkeit

Herausforderungen

Für ein langes und gesundes Leben ist es unverzichtbar, auf die Signale seines Körpers zu achten und schädliche Einflüsse zu vermeiden. Je früher dies geschieht, desto besser. Durch zielgerichtete Präventionsmaßnahmen kann die Entstehung von Krankheiten vermieden werden. Die regelmäßige Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen ermöglicht es, erste Anzeichen einer Krankheit bereits zu einem frühen Zeitpunkt zu erkennen und notwendige Maßnahmen zeitnah einleiten zu können.

Für den Erhalt der Selbstständigkeit im Alter sind präventive Ansätze von zentraler Bedeutung. Hierzu gilt es Voraussetzungen zu schaffen. Präventive Angebote sind bisher praktisch noch nicht in den Versorgungsablauf implementiert. Außerdem fehlt – auch bei den Arbeitgebern und den Krankenkassen - vielfach das Wissen und das Bewusstsein für deren Potenzial.

Die Enquetekommission betrachtet es vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen und Prognosen für den Pflegebereich als wichtig, den Blickwinkel zu weiten und vermehrt darauf zu achten, sich nicht nur mit der Sicherstellung der Qualität der Pflege zu beschäftigen, sondern auch ein Bewusstsein dafür zu schaffen, wie Pflegebedürftigkeit vermieden werden kann. Die Enquetekommission ist davon überzeugt, dass Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung hierbei zukünftig eine wichtige Bedeutung zukommen. Es wird eine Herausforderung sein, die relevanten Gruppen in diesem Bereich zu vernetzen, um die benötigten Angebote weiter auszubauen und anbieten zu können.

Prävention ist auch für Menschen wichtig, die bereits in einer Pflegeeinrichtung wohnen. Das Ziel ist daher, dass auch in Pflegeeinrichtungen mehr aktivierende Pflege geleistet wird. Typische Alterungsprozesse wie das Nachlassen der Muskelkraft und der Herz-Lungen-Belastbarkeit können durch Training abgemildert bzw. verlangsamt werden. Beispiele hierfür sind das Krafttraining für selbständiges Aufstehen aus einem Stuhl oder Trainingsprogramme zur Sturzprophylaxe. Dies ist jedoch aufgrund der derzeitigen Arbeitsbedingungen häufig nicht umsetzbar, daher kommt der Verbesserung der Arbeitsbedingungen (siehe Kapitel 3.5) eine Schlüsselrolle zu.

Handlungsempfehlungen

Der Enquetekommission erkennt in der Prävention eine wichtige Chance, Pflegebedürftigkeit zu verhindern, und gibt daher nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Landesregierung soll eine Arbeitsgruppe mit dem Auftrag einsetzen, die präventiven Inhalte und Prozesse zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit daraufhin zu prüfen, inwieweit diese für Baden-Württemberg geeignet erscheinen, die Prozesse der Umsetzung zu definieren und dabei eine Priorisierung vorzunehmen.
- b) Die Landesregierung regt beim Bund die Evaluation des im Präventionsgesetz vorgesehenen Präventionsauftrags der sozialen Pflegeversicherung in Bezug auf gesundheitsfördernde Angebote in stationären Pflegeeinrichtungen an.

- c) Es sollen unter Beteiligung der maßgeblichen Akteure Maßnahmen für eine Verbesserung der ärztlichen Versorgungssituation in den Heimen eingeleitet werden. Hier ist insbesondere für bessere Arbeitsbedingungen und eine attraktivere Vergütung beim Einsatz von Ärztinnen und Ärzten in der stationären Altenhilfe zu sorgen. Durch eine bessere ärztliche Versorgung in der stationären Altenhilfe kann dort ein gezielteres Präventionsangebot aufgebaut und umgesetzt werden (siehe auch Abschnitt 3.3.7 „Wohnen im Pflegeheim“).

3.2.1.2 Präventionsbewusstsein

Herausforderungen

Es muss ein Bewusstsein für die Bedeutung von Prävention geschaffen werden. Dazu müssen Präventionsangebote zielgruppenspezifisch ausgebaut und niederschwellig angeboten werden. Generell muss die Bekanntheit von Präventionsangeboten gesteigert werden.

Ziel sollte es daher sein, die verfügbaren Präventionsprogramme stärker in die Fläche zu tragen. Dabei sollte Wert darauf gelegt werden, dass bereits vorhandene Präventionskonzepte evaluiert und erweitert werden.

Handlungsempfehlungen

Aus Sicht der Enquetekommission muss die Bekanntheit von Präventionsangeboten weiter verbessert werden. Sie gibt dazu folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Es soll ein einheitliches webbasiertes Verzeichnis (Internetportal) von Präventionsangeboten auf den Weg gebracht werden, in dem auch die funktionellen Anforderungen beschrieben werden. Dies wäre hilfreich, um auch die nicht von der Zentralen Prüfstelle für Prävention gelisteten Angebote vermitteln zu können.
- b) Es soll geprüft werden, ob Versicherungsträger Patientinnen und Patienten nach einer Akutversorgung anschreiben können, um diese gezielt auf Präventionsprogramme in ihrem Umfeld hinzuweisen. Generell sollen Angebote intensiver beworben werden, beispielsweise durch Broschüren oder das bereits erwähnte Internetportal.
- c) Die Landesregierung regt beim Bund die Evaluation der im Präventionsgesetz vorgesehenen nationalen Präventionsstrategie an. Darin ist vorgesehen, dass eine Verständigung der Sozialversicherungsträger mit den Ländern unter Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit und den kommunalen Spitzenverbänden auf die konkrete Art der Zusammenarbeit bei der Gesundheitsförderung, insbesondere in den Kommunen, in Kindertageseinrichtungen, in Schulen, in Betrieben und in Pflegeeinrichtungen, stattfinden soll.
- d) Die Landesregierung soll Forschungsprojekte fördern, die sich mit der Bedeutung der Prävention für die Einzelnen, der Bedeutung für Betriebe und der volkswirtschaftlichen Bedeutung von Prävention befassen. In Bezug auf die Prävention von Pflegebedürftigkeit soll dabei auch erforscht werden, welche Auswirkungen Prävention (auch im Alter) auf die Pflegeversicherung haben könnte.

3.2.1.3 Zielgruppenspezifische Angebote

Herausforderungen

Die Enquetekommission gibt für die Entwicklung von Präventionsangeboten zu bedenken, dass diese zielgruppenspezifisch angelegt sein sollten. Es gilt, niedrighschwellige Angebote zu schaffen und zu bewerben. Eine besondere Bedeutung wird dem Aufbau neuer Präventionsangebote zum Beispiel zur Vorbeugung von Demenz zukommen. Hier sind alle Akteure angesprochen, gemeinsame Strategien zu entwickeln und umzusetzen.

Kooperationspartner wie beispielsweise Sportvereine und Arbeitgeber müssen bei der Entwicklung zielgruppenspezifischer Angebote einbezogen werden. Dies sollten alle beteiligten Institutionen (beispielsweise Sozialversicherungen, Einrichtungen des Gesundheitswesens) bei der Konzeption von Präventionsangeboten berücksichtigen.

Die primäre Prävention (Ernährung, Bewegung, Suchtprävention) bei Kindern und Jugendlichen sollte weiter ausgebaut werden. Hierbei sind auch die Lebensbedingungen vor Ort in den Blick zu nehmen, auch unter ökologischen Gesichtspunkten.

Handlungsempfehlungen

Um Präventionsangebote zielgruppenspezifischer auszurichten, gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Enquetekommission sieht es als erforderlich an, bereits im Kindesalter auf eine gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung zu achten. Dieser positive Ansatz kann neben den Eltern gerade auch von Seiten der Kindergärten, Schulen und den Vereinen unterstützt werden. Denn auch diese können dazu beitragen, Kinder an eine gesunde Lebensweise heranzuführen. Durch eine gezielte Zusammenarbeit auf allen Ebenen kann so der Grundstein für ein gesundes Leben gelegt und die spätere Entstehung von Erkrankungen verhindert oder zumindest verzögert werden.
- b) Weiter sollen Präventionsangebote in Schulen und Freizeiteinrichtungen gefördert werden. Hierzu regt die Enquetekommission den Ausbau der Versorgung mit Kinder- und Jugendtherapeutinnen und Kinder- und Jugendtherapeuten im Zusammenhang mit Krisenintervention an.
- c) Räumlichkeiten für Bewegungsangebote, insbesondere bei Sportvereinen, sind grundsätzlich knapp. Zudem stellen Kurse für alte Menschen zwar keine hohen, jedoch etwas andere Anforderungen als gemeinhin üblich (barrierefrei, kleinere Räume, Spiegelwand, andere Böden, komfortablere und die Privatsphäre besser respektierende Umkleidekabinen). Die Enquetekommission regt bei der Landesregierung an, dass insbesondere kleinere Vereine von einer inhaltlich gebundenen Investitionsförderung profitieren könnten. Weiter empfiehlt die Enquetekommission die Ausbildung von Übungsleiterinnen und Übungsleitern mit speziellen Programmen, zum Beispiel zur Sturzprävention.
- d) Die Enquetekommission regt an, „Werbe“-kampagnen für Präventionsangebote zu verstärken und diese zielgruppenspezifisch auszurichten. Das Angebotsspektrum soll dabei sämtliche Zielgruppen berücksichtigen, beispielsweise Kinder, junge Menschen, ältere Menschen und Menschen mit Pflegebedarf. Dabei sollen die Angebote unabhängig von der jeweiligen Lebensumwelt zugänglich sein.
- e) Derzeit werden Präventionsangebote besonders durch die Mittelschicht wahrgenommen. Ziel ist es, das Präventionsangebot so auszubauen, dass es von Allen wahrgenommen wird. Die Enquetekommission sieht Bedarf an besonderen Präventionsangeboten für sozial Benachteiligte. Unter dieser Bevölkerungsschicht ist verstärkt auf die Verhältnisprävention zu setzen, da diese nicht auf das Verhalten der Einzelnen, sondern auf die Verhältnisse, in denen die Mensch leben, zielt. Präventionsprogramme entfalten ihre Wirkung dort, wo das Risiko am höchsten ist. Zudem bedarf es weiterer Forschung darüber, welche Präventionsansätze die Breite der Gesellschaft erreichen und wie wirksam sie sind.
- f) Die Enquetekommission empfiehlt, eine Studie in Auftrag zu geben, die das Ziel hat, die Auswirkungen von Präventionsmaßnahmen für Menschen mit Pflegebedarf zu erforschen.

3.2.1.4 Niedrigschwellige Beratungsangebote

Herausforderungen

Aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität müssen insbesondere ältere Personen präventive bzw. rehabilitative Angebote besonders leicht in Anspruch nehmen können. Dabei soll auch versucht werden, allein lebende Menschen in prekären sozialen oder psychosozialen Lagen zu erreichen. Um dies zu ermöglichen, soll ein Ausbau von niedrigschwelligen „Gehstrukturen“ und Hausbesuchen stattfinden. Präventionsangebote müssen auf unterschiedliche funktionelle Ausgangsniveaus angepasst, niedrigschwellig, ohne Mitgliedschaften nutzbar und ohne Verpflichtung auf einen längeren Zeitraum ausgestaltet sein. Intergenerationale Begegnungs-, Austausch- und Lernmöglichkeiten müssen geschaffen werden. Das Potenzial von Bewegungsangeboten könnte hierbei als Zugang genutzt werden. Eine wichtige Rolle kommt der Quartiers- und Dorfentwicklung sowie der Entwicklung lebendiger Sozialräume zu.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung den Ausbau einer landesweiten Struktur für zugehende Beratung nach dem Beispiel des präventiven Hausbesuchs (Modellprojekt „PräSenZ – Prävention für Senioren zu Hause“).

3.2.1.5 Finanzierung

Sachstand

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVg) beinhaltet Maßnahmen zur Verbesserung der Finanzierung von Präventionsangeboten. So sollen die Kranken- und Pflegekassen künftig mehr als 500 Mio. Euro für Gesundheitsförderung und Prävention investieren. Der Schwerpunkt soll dabei auf der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten wie Kindertageseinrichtungen, Schulen, Kommunen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen mit insgesamt mindestens rund 300 Mio. Euro jährlich liegen.

Die finanzielle Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe soll durch das Präventionsgesetz um rund 30 Mio. Euro erhöht werden. Für Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen sollen die Krankenkassen ab dem Jahr 2016 je Versicherten 1,05 Euro zur Verfügung stellen.

Herausforderungen

Die Enquetekommission betrachtet es als Herausforderung, die Finanzierung von Präventionsangeboten grundsätzlich zu verbessern.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, beim Bund die Evaluation der im Präventionsgesetz vorgesehenen verbesserten Finanzierung von Präventionsangeboten und der Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe anzuregen. Dabei soll geprüft werden, ob die bei der Entwicklung des Gesetzes beabsichtigten Verbesserungen eingetreten sind.

3.2.2 Rehabilitation

3.2.2.1 Versorgungssituation in Baden-Württemberg

Sachstand

Anders als etwa der Krankenhausbereich unterliegt der Bereich der stationären Rehabilitation keiner staatlichen Planung. Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen entscheiden in eigener unternehmerischer Freiheit und Verantwortung, an welchem Standort sie sich niederlassen, welche Leistungsschwerpunkte sie wählen und welches Personal sie einstellen.

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 191 Einrichtungen zur Rehabilitation. Dies entspricht einem Rückgang der Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg seit 2001 um 24 Prozent.

Entwicklung der Bettenkapazitäten und der Pflage

Der beschriebene Rückgang der Rehabilitationseinrichtungen zieht eine Reduzierung der Bettenzahl nach sich. Auch wenn es einen Trend zur Etablierung größerer Rehabilitationseinrichtungen gibt und die Zahl der Betten pro Einrichtung gestiegen ist, sinkt die Zahl der Betten seit 2001 konstant. Dieser Trend gilt nicht nur für Baden-Württemberg, sondern zeigt sich auch bundesweit. Er ist allerdings in Baden-Württemberg stärker ausgeprägt. Seit dem Jahr 2001 lässt sich eine Reduzierung der Bettenkapazität um 21 Prozent verzeichnen.²

Im Jahr 2013 erhielten in Baden-Württemberg 302.010 Menschen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen. Angaben zur Häufigkeit von bestimmten Diagnosen veröffentlichte das Statistische Landesamt für das Jahr 2013 für Einrichtungen mit mehr als 100 Betten. In diesen Einrichtungen gab es im Jahr 2013 insgesamt 246.511 Patienten. Ein Großteil davon (62,5 Prozent) verteilt sich auf drei Diagnosegruppen: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes (32,2 Prozent), psychische und Verhaltensstörungen (16,0 Prozent) und Krankheiten des Kreislaufsystems (15,3 Prozent).³

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 Prozent der baden-württembergischen Rehabilitationseinrichtungen an der KODAS-Datenbank, die medizinische Parameter zu Rehabilitationsbeginn und -ende enthält. Zusätzlich weist auch die Rentenversicherung ihre Leistungen in der Rehabilitation in einer Statistik aus.

Herausforderungen

Die Versorgungssituation in der medizinischen Rehabilitation in Baden-Württemberg soll einheitlicher erhoben und transparenter gemacht werden. Perspektivisch soll eine bundeseinheitliche, verlässliche statistische Erhebung der Versorgungsdaten im Rehabilitationsbereich angestrebt werden.

² Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015

³ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2013

Eine flächendeckende stationäre und ambulante (geriatrische) Rehabilitation muss das Ziel für Baden-Württemberg sein. Ebenso müssen fachspezifische Rehabilitationsangebote geschaffen werden. Insgesamt soll die Bettenzahl im Rehabilitationssektor erhöht werden.

Handlungsempfehlungen

Es bedarf einer fundierten Datengrundlage über die Versorgungssituation im Bereich der Rehabilitation, daher gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Statistik über Einrichtungen der Rehabilitation (DeStatis, StaLa) wie auch über die Inanspruchnahme der Rehabilitation (Statistik KG5) ist durch eine Bundesratsinitiative von Baden-Württemberg zu verbessern und zu vereinheitlichen. Diagnosedaten sollen auch für Einrichtungen unter 100 Betten erhoben werden. Weiter soll die GKV-Statistik auch die Indikationsbereiche, die Diagnosen und den Wohnort der Patientinnen und Patienten aufführen.
- b) Die statistische Erfassung der medizinischen Rehabilitation soll insgesamt überdacht und neu gefasst werden. Ein Gesamtkonzept soll in Abstimmung mit dem Bund und anderen Bundesländern erarbeitet werden. Es ist zu prüfen, inwieweit eine Meldepflicht für alle Kostenträger im Bereich der medizinischen Rehabilitation einzuführen ist.

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung zu prüfen, ob das Rehabilitationsangebot in Baden-Württemberg ausreichend ist. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, ob hinreichend fachspezifische Rehabilitationsangebote flächendeckend vorhanden sind.

Die Enquetekommission empfiehlt die Umsetzung der Ergebnisse der bereits laufenden wissenschaftlichen Evaluation des Landes zusammen mit der AOK BW.

3.2.2.2 Geriatrische Rehabilitation

Sachstand

Ergänzend zur organ- und indikationsspezifischen Rehabilitation stellt die geriatrische Rehabilitation einen wesentlichen Baustein in der Verzögerung von Pflegebedürftigkeit dar. Geriatrische Patientinnen und Patienten zeichnen sich durch ein höheres Lebensalter (70 Jahre und älter) sowie Multimorbidität, also dem Vorhandensein von mindestens zwei behandlungsbedürftigen Diagnosen aus.

In der geriatrischen Rehabilitation stellt sich die Situation in Baden-Württemberg wie folgt dar: Im Jahr 2012 wurden insgesamt 17.943 Patientinnen und 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. 65 Prozent von 228.972 im Jahr 2002 auf 377.225 im Jahr 2012.⁴

Auf Ebene der Bundesländer werden Vergleiche durch die Tatsache erschwert, dass sich die Versorgungsstrukturen zwischen den Ländern stark unterscheiden. So existieren zum Beispiel in Thüringen, Schleswig-Holstein, Bremen und Hamburg keine stationären geriatrischen Rehabilitationsangebote. 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 Prozent deutlich niedriger liegt als im Bundesdurchschnitt, wo sie 14,5 Prozent beträgt.⁵

⁴ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2014

⁵ Kompetenz-Centrum Geriatrie des Medizinischen Dienst der Krankenversicherung 2014

Trotz längerer Zeiten der Rekonvaleszenz haben geriatrische Patientinnen und Patienten in Baden-Württemberg, im Vergleich zu anderen Altersgruppen, kürzere Verweildauern in der Rehabilitation.

Geriatriekonzept Baden-Württemberg

Baden-Württemberg hat bereits Mitte der 1980er Jahre den Handlungsbedarf für eine verstärkte Betreuung und Versorgung mehrfach erkrankter älterer Menschen erkannt. Mit der Etablierung des Geriatriekonzepts 1989 wurde ein Schwerpunkt der geriatrischen Versorgung auf die Rehabilitation gelegt und als völlig neue Versorgungskonzeption wurden flächendeckend 2.450 Plätze für ambulante und stationäre geriatrische Rehabilitation vorgesehen. Darüber hinaus wurden Geriatrische Schwerpunkte und Zentren an Krankenhäusern geschaffen. Der Schwerpunkt der geriatrischen Versorgung wurde damit auf die Rehabilitation gelegt. Der Aufbau dieser Strukturen erfolgte unter maßgeblicher Beteiligung der Krankenkassen. Die aktuelle Version des Geriatriekonzepts stammt aus dem Jahr 2014 und kann auf der Homepage des Sozialministeriums Baden-Württemberg abgerufen werden.

Herausforderungen

Die Fokussierung und Zielrichtung der geriatrischen Rehabilitation sollte deutlicher werden: Bei der geriatrischen Rehabilitation geht es nicht primär um vollständige Heilung oder um die Verlängerung der Lebenserwartung, sondern um soziale Teilhabe, Selbständigkeit, Lebensqualität und den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit. Geriatrische Rehabilitation sollte wohnortnah erfolgen und medizinisch qualifiziert durchgeführt werden können. Daher muss es das Ziel sein, geriatrische Rehabilitation im häuslichen Bereich zu stärken, um eine flächendeckende geriatrische Versorgungsstruktur in Baden-Württemberg zu ermöglichen. Ebenso ist ein Ausbau der Grundlagenforschung im geriatrischen Bereich notwendig.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission betrachtet es als wichtiges Ziel, die geriatrische Rehabilitation zu stärken, und gibt dazu folgende Handlungsempfehlungen:

- a) Die geriatrische Rehabilitation soll, als geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung während der akutstationären Krankenhausbehandlung weiterhin, sowohl im Akutbereich als auch in speziellen Rehabilitationskliniken angeboten werden.
- b) Die Angebote als ambulante und mobile Versorgungsformen sollen ausgebaut werden. Diesbezüglich appelliert die Enquetekommission an die Krankenkassen, die Forderung nach dem Ausbau mobiler Rehabilitation aus dem 2. Geriatriekonzept des Landes unverzüglich umzusetzen. Entsprechende Modellprojekte müssen in der Fläche implementiert und Barrieren zwischen den beteiligten Gruppen abgebaut werden.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, eine Steuerung der Forschungsschwerpunkte vorzunehmen. Dabei soll auf den Schwerpunkt der Grundlagenforschung im geriatrischen Bereich besonderer Wert gelegt werden. Forschungsprojekte sollen, soweit möglich, interdisziplinär und sektorenübergreifend angelegt sein. Die geriatrischen und psychiatrischen Versorgungsketten sollen besonders in den Blick genommen werden.
- d) Die Enquetekommission empfiehlt, mehr in den Bereich der geriatrischen Rehabilitation (momentan 1,4 Prozent des gesamten Gesundheitsbudgets) zu investieren. Zudem soll die Bewilligungspraxis des MDK überprüft werden.

Um geriatrische Patientinnen und Patienten frühzeitig als solche identifizieren zu können, ist ein entsprechendes Screening notwendig. Der individuelle Behandlungsbedarf muss dabei fachspezifisch ermittelt werden. Patientinnen und Patienten müssen entsprechend ihres indi-

viduellen Bedarfs in geriatrischen Versorgungsstrukturen behandelt beziehungsweise rehabilitiert werden. Die Enquetekommission gibt daher folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt, die geriatrischen Grundkenntnisse bei Hausärztinnen und Hausärzten zu stärken. Es sollen Hilfestellungen in Form von Fort- und Weiterbildungen angeboten werden, die ein fachspezifisches Screening sowie eine entsprechende Antragstellung und Begründung für die geriatrische Rehabilitation ermöglichen.
- b) Die Enquetekommission fordert, die geriatrische Kompetenz des MDK weiter auszubauen. Dies ermöglicht eine beschleunigte fachliche Prüfung der Rehabilitationsanträge.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt „geriatrisches Verständnis“ bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtungen durch die Kostenträger. Eine in diesem Sinne durchgeführte geriatrische Bewertung wäre für den Auswahlprozess hilfreich.

3.2.2.3 Rehabilitation in der Kurzzeitpflege

Herausforderungen

Es müssen Angebote zwischen einem Krankenhausaufenthalt und der eigenen Häuslichkeit geschaffen werden, in der die Wiedererlangung der eigenen Selbstständigkeit trainiert wird. Hierbei könnte die Kurzzeitpflege zukünftig ein wichtiger Faktor sein. Die Enquetekommission betrachtet es daher als Zielsetzung, den Rehabilitationsaspekt in der Kurzzeitpflege zu stärken. Dabei soll eine Kombination aus Pflege und Rehabilitation angedacht werden.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt, Kurzzeitpflege in Rehabilitationskliniken zu ermöglichen. Im Gegenzug sollen Rehabilitationselemente in die Kurzzeitpflege integriert und finanziert werden.

3.2.2.4 Zugang zu Rehabilitationsleistungen

Sachstand

Rehabilitationsleistungen sind Pflichtleistungen der GKV. Sie müssen medizinisch notwendig sein und von einer Ärztin oder einem Arzt verordnet werden. Die Verordnung von Rehabilitationsleistungen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ist in der Rehabilitations-Richtlinie nach § 92 SGB V geregelt. Die Richtlinie enthält u. a. auch Kriterien dazu, wann eine Rehabilitation medizinisch notwendig ist. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) berät die GKV in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die für diese Richtlinie zuständig ist.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung prüft im Auftrag der Krankenkassen, ob eine Rehabilitationsleistung medizinisch notwendig ist bzw. ob Verlängerungsanträge für eine laufende Rehabilitationsmaßnahme ausreichend medizinisch begründet sind.

Seit der Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG) erfolgen diese Prüfungen auf medizinische Notwendigkeit nur noch in Stichproben (§ 275 Abs. 2 SGB V). Wenn die Krankenkassen allerdings an der medizinischen Notwendigkeit einer Rehabilitationsverordnung zweifeln, müssen sie – unabhängig von der Stichprobenprüfung – auch in Zukunft den MDK mit einer Begutachtung des Einzelfalles beauftragen (§ 275 Absatz 1 SGB V).

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 gibt es Hinweise darauf, dass Menschen mit Pflegebedarf bei ansonsten gleichen Bedingungen (Alter, Geschlecht, Erkrankungen etc.) nur halb so viele Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen wie Menschen ohne Pflegebedarf. Allerdings erhalten Menschen mit Pflegebedarf in den Monaten vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit in höherem Ausmaß Rehabilitation: So haben rund 15 Prozent der Menschen, bei denen erstmalig ein Pflegebedarf vorliegt, im Jahr zuvor mindestens eine Rehabilitation erhalten. Nicht pflegebedürftige Personen haben in diesem Zeitraum zu 4 Prozent eine Rehabilitation erhalten. Vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit finden folglich verstärkt Rehabilitationsanstrengungen statt.

Herausforderungen

Der frühzeitige Zugang zu Rehabilitationsleistungen für ältere Menschen, für professionelle Pflegekräfte und pflegende Angehörige zur Vermeidung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit ist sicherzustellen. Der Zugang muss niederschwellig möglich sein, derzeit vorhandene Zugangsbarrieren müssen abgebaut werden.

Der Zugang zu Rehabilitationsleistungen sollte für alle Versicherten gewährleistet sein. Es muss sichergestellt werden, dass medizinisch sinnvolle Maßnahmen genehmigt werden. Die Auswahl der Rehabilitationskliniken muss sich ausschließlich an den medizinischen Aspekten und dem Wohl der Antragstellerinnen und Antragsteller orientieren. Die Stellung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sollte in diesem Zusammenhang gestärkt werden, da sie die Betroffenen meist schon länger betreuen und daher am besten kennen.

Die Bevölkerung sollte über Versorgungsangebote, Rechtsansprüche und Beratungsmöglichkeiten aufgeklärt werden.

Die administrativen Hürden, die den frühzeitigen Beginn von Rehabilitationsmaßnahmen mitunter erheblich verhindern, müssen abgebaut werden. Die Prüfungsverfahren müssen im Interesse der Patientinnen und Patienten verbessert werden. Schnellere Begutachtungen durch den MDK sowie eine Vereinfachung des Antragsverfahrens bei der GKV müssen folglich ermöglicht werden.

Das Potenzial von Rehabilitationsleistungen sollte besser ausgeschöpft werden. Angebote und Rechtsansprüche sollten mehr in die Fläche gebracht werden. Ein weiteres Ziel ist es, die Nachhaltigkeit von Rehabilitationserfolgen zu verbessern.

Momentan ist der Effekt zu beobachten, dass ältere Menschen eher ins Krankenhaus überwiesen werden als in eine Rehabilitationseinrichtung. Dies ist unter anderem in der Tatsache begründet, dass die Überweisung ins Krankenhaus für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte einfacher einzuleiten und weniger bürokratisch ist als der Schritt in die Rehabilitation. Dieser Fehlentwicklung muss aus Sicht der Enquetekommission entgegengewirkt werden.

Handlungsempfehlungen

Der Enquetekommission ist es ein wichtiges Anliegen, sich zur Verbesserung der Situation der Rehabilitationseinrichtungen für eine bessere Leistungserstattung, eine bessere Verzahnung mit den Krankenhäusern, Pflegeheimen und dem häuslichen Bereich sowie der Erleichterung der Bürokratie bei Begutachtungen und Genehmigungen einzusetzen. Hierzu werden folgende konkretisierende Handlungsempfehlungen dargelegt:

- a) Das Genehmigungsverfahren für Rehabilitation muss transparenter gestaltet werden. Jede medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme muss genehmigt werden. Die Enquetekommission regt eine gesetzliche Verankerung an, die Abweichungen von der Rehabilitationsverordnung des einweisenden Arztes seitens der Krankenkasse nur nach medizinisch fundierter Begründung und nicht nach Aktenlage erlaubt. Anträge auf geriatrisch-medizinische Rehabilitation nach § 40 SGB V sollen vom MDK nicht, ohne die Patientinnen und Patienten gesehen zu haben, allein auf Basis der Aktenlage abgelehnt werden dürfen. Der MDK soll in diesem Fall die Patientin beziehungsweise den Patienten persönlich in Augenschein nehmen. Dies wäre vor allem an der Schnittstelle vom Krankenhaus zur Rehabilitation von Bedeutung. In diesem Zusammenhang regt die Enquetekommission auch die Prüfung der Möglichkeit von Sanktionen an, falls der MDK den Untersuchungsgrundsatz (§ 20 SGB X) nicht beachten sollte (z. B. von Antragstellerinnen und Antragstellern dargelegte Tatsachen müssen bei der Bescheidung als bewiesen und inhaltlich richtig unterstellt werden).
- b) Die Bewertung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte muss stärkeres Gewicht erhalten. Abweichungen von deren Zuweisungsvorschlägen müssen medizinisch fundiert begründet werden. Der MDK soll, falls er zu einem anderen Ergebnis kommt als die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, sich mit diesen verständigen. Im Falle einer Antragsablehnung soll die Begründung transparent gemacht werden und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den Patientinnen und Patienten schriftlich übermittelt werden. Es müssen gezielte Schulungen von Hausärztinnen und Hausärzten in Bezug auf das Antragsstellungsverfahren angeboten werden.
- c) Die Hürde zur medizinischen Rehabilitation muss für geeignete Fälle gesenkt werden, um teure und unnötige Krankenhauskosten zu sparen und um diese in Rehabilitationseinrichtungen angemessener und kosteneffektiver versorgen zu können.
- d) Um einen frühzeitigen Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen zu ermöglichen, sollen Betroffene, Angehörige sowie behandelnde Ärztinnen und Ärzte stärker über die Potenziale der medizinischen Rehabilitation aufgeklärt werden. Ärztinnen und Ärzte müssen gezielt über Angebote informiert werden. Hierzu soll eine Informationsplattform geschaffen werden. Eine verbesserte Aufklärung und Beratung der Betroffenen bzw. Antragstellerinnen und Antragstellern (einschl. Broschüren in Fremdsprachen – z. B. Landesgeriatriekonzept, Widerspruchsmöglichkeiten etc.) ist erforderlich. Landesgeriatriekonzepte sollen allgemein und verständlich aufbereitet werden. Es soll eine Broschüre mit den unterschiedlichen Versorgungsangeboten und Rechtsansprüchen erarbeitet werden.
- e) Die Einrichtung einer unabhängigen Unterstützung für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten bei der Antragsstellung und bei Widerspruchsverfahren z. B. durch eine (Landes)Patientenbeauftragte oder einen Patientenbeauftragten soll geprüft werden.
- f) In Krankenhäusern könnte ein Case-Management mit medizinischer, sozialpädagogischer und pflegerischer Kompetenz eingeführt werden, in dessen Zuständigkeit insbesondere die Beratung und Beantragung von und zu Rehabilitationsmaßnahmen liegen könnte.
- g) Die Enquetekommission empfiehlt, niedrighschwellige Angebote der Erhaltungstherapie anzubieten.
- h) Die Landesregierung soll die Sicherstellung einer Versorgungsstruktur, welche die Einlösung des Rechtsanspruchs befördert, voranbringen.

- i) Die Enquetekommission empfiehlt, regelmäßige geriatrische Assessments durch Hausärztinnen und Hausärzte durchzuführen. Diese umfassen eine multidimensionale Gesamterfassung und Bewertung der gesundheitlichen Situation mitsamt der körperlichen, psychischen und sozialen Komponenten. Um dies zu ermöglichen, müssen Fortbildungen für Hausärztinnen und Hausärzte sowie für Arzthelferinnen und Arzthelfer zur Durchführung geriatrischer Assessments durchgeführt werden
- j) Kooperationen zwischen der ambulanten Versorgung, der Notfallmedizin und der stationären Versorgung sollen gefördert werden.

3.2.2.5 Entscheidungsautonomie

Herausforderungen

Die Entscheidungsautonomie, im Besonderen das Wunsch- und Wahlrecht der Patientinnen und Patienten bei der Auswahl der Rehabilitationsklinik, sollte gestärkt werden.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission betont, dass entsprechend § 9 SGB IX im Falle von berechtigten Interessen den Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen werden muss, auch wenn eine anderweitige Unterbringung aufgrund von Belegungsverträgen kostengünstiger für die Kostenträger wäre. Rehabilitationskliniken dürfen auch nicht unter Androhung, es würden keine Patientinnen oder Patienten mehr an sie vermittelt, finanziell unter Druck gesetzt werden.

Die Enquetekommission empfiehlt, die Aufklärung und Beratung von Patientinnen und Patienten über das Wunsch- und Wahlrecht, über Kriterien, die bei der Auswahl relevant sind, und über geeignete Rehabilitationsangebote zu verbessern.

3.2.2.6 Zielgruppenspezifische Angebote

Sachstand

Vor dem Hintergrund des demografischen 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. Rehabilitation kann auch mit der Nebendiagnose Demenz gut gelingen, 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. Entsprechend wird auch in der aktuellen S3-Leitlinie zur Behandlung von Demenzerkrankungen⁶ gefordert, Rehabilitationsprogramme auch Menschen mit Demenz nicht vorzuenthalten.

Herausforderungen

Rehabilitation bei Menschen mit Demenz

Rehabilitationseinrichtungen werden sich zukünftig vermehrt auch auf einen größeren Anteil an dementiell beeinträchtigten Patientinnen und Patienten einstellen müssen. Für die Rehabilitation bei Menschen mit Demenz ist es von großem Vorteil, wenn eine vertraute Person anwesend ist. Außerdem ist es notwendig, dass Angehörige lernen, wie sie mit der Erkrankung umgehen können. Deshalb sollte der Einbezug von Partnerinnen und Partnern sowie Angehö-

⁶ Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) entwickelt Leitlinien, welche die Akteure der Gesundheitsversorgung in Form von wissenschaftlich fundierten, praxisorientierten Handlungsempfehlungen unterstützen sollen.

rigen in die Rehabilitation unterstützt werden. Ziel ist es außerdem, spezielle Rehabilitationsangebote für Menschen mit Demenz zu generieren, die den spezifischen Anforderungen dieser Personengruppe gerecht werden.

Schnittstelle Krankenhaus – Rehabilitation

Nach Operationen befinden sich ältere Menschen oft mehrere Tage in halbwachem Zustand. Für diese Zeit ist es für den Rehabilitationsprozess hilfreich, wenn eine vertraute Person bei ihnen ist.

Rehabilitation bei Menschen mit Behinderung

Ziel ist die Schaffung beziehungsweise der Ausbau von speziellen Rehabilitationsangeboten für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission regt an, wohnortnahe geriatrische Angebote sowie ambulante Rehabilitationsangebote stärker zu unterstützen, dazu gehören insbesondere auch Rehabilitationsangebote im häuslichen Bereich sowie in stationären Pflegeeinrichtungen.

Die Enquetekommission empfiehlt die Entwicklung eines Konzepts sowie einer leistungsgerechten Vergütung für eine ambulante, spezialisierte Rehabilitation für Menschen mit Demenz mit ihren Partnerinnen und Partnern und deren Verankerung im SGB V. Dabei sollen auch die Aspekte einer Teilerstattung der Kosten für Rooming-in von Angehörigen für eine begrenzte Anzahl an Tagen während einer stationären Rehabilitation von Menschen mit Demenz über die Krankenkassen geprüft werden.

Der medizinische und volkswirtschaftliche Wert des Rooming-in soll anhand des zu entwickelnden Konzepts erforscht werden. Um entsprechende Angebote vorhalten zu können, muss die Umgebung von Rehabilitationseinrichtungen demenzfreundlich gestaltet werden. Dies ist insbesondere bei der Planung von Neubauten zu berücksichtigen. Ältere Einrichtungen brauchen finanzielle Unterstützung durch die Kostenträger für Umbauten. Das pflegerische, medizinische und therapeutische Personal benötigt eine spezielle zusätzliche Qualifikation (z. B. Validation, Mäeutik).

3.2.2.7 Geriatrische Ausbildung

Herausforderungen

Der Bedeutungszuwachs des medizinischen Gebiets Geriatrie muss sich auch strukturell an den medizinischen Fakultäten abbilden. Die geriatrischen Grundkenntnisse der Ärztinnen und Ärzte müssen verbessert werden. Das Medizinstudium sollte verstärkt die funktionsorientierte Medizin berücksichtigen, also Mobilität, Kognition und die Selbständigkeit der Patientinnen und Patienten im Blick haben.

Weiter sollten spezifische Karrierewege mit geriatrischen Schwerpunkten verstärkt entwickelt werden. Ebenso sollten im Bereich Forschung geriatrische Aspekte mitbedacht werden.

Die Enquetekommission erachtet es als sinnvoll, Hausärztinnen und Hausärzte über Rehabilitations- und geriatrische Möglichkeiten umfassender zu informieren. Sie sollten zudem im Bereich der Geriatrie ausgebildet bzw. weitergebildet werden.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission erachtet es als wichtig, dass das Thema Geriatrie in der medizinischen Aus- und Weiterbildung ein stärkeres Gewicht bekommt. Daraus ergeben sich folgende Handlungsempfehlungen:

- a) Es muss eine Überarbeitung der Curricula in Bezug auf geriatrische Inhalte vorgenommen werden. Weiter soll die Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf geriatrische Inhalte ausgebaut werden.
- b) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Einrichtung eines Lehrstuhls für Geriatrie an einer medizinischen Fakultät in Baden-Württemberg.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt, dass Hausärztinnen und Hausärzte den 60-Stunden-Lehrgang für Geriatrie (geriatrisches Curriculum der BÄK) absolvieren sollen.
- d) Die Ärztekammern sollen vermehrt Fort- und Weiterbildungen mit geriatrischem Bezug anbieten und fördern.

3.2.2.8 Telerehabilitation

Herausforderungen

Telerehabilitation sollte ein Bestandteil des Gesamtkonzeptes zur Rehabilitation sein und insgesamt ausgebaut werden.

Hierbei ist sicherzustellen, dass soziale Aspekte berücksichtigt werden. Insbesondere darf die Kostenersparnis gegenüber mobiler-aufsuchender Rehabilitation nicht zu einer Vernachlässigung der Beziehung zwischen Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten führen, welche für den Rehabilitationserfolg ebenfalls wichtig ist.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt die Erstellung eines Gesamtkonzeptes für Rehabilitation. Telerehabilitation soll ein Bestandteil des Gesamtkonzeptes zur Rehabilitation sein und insgesamt ausgebaut werden. Der Einsatz von Telerehabilitation, auch von AAL und Telemedizin muss ethisch und psychologisch geprüft werden.

Die Enquetekommission empfiehlt weiter, den Bereich Telerehabilitation zu beforschen und weiterzuentwickeln.

3.2.2.9 Qualitätssicherung

Herausforderungen

Die Enquetekommission betrachtet es als wichtiges Ziel, dass ein definiertes Qualitätsniveau der Rehabilitationsleistungen sichergestellt wird. Für die bewilligten Rehabilitationsmittel muss eine festgelegte Leistung in einer bestimmten Qualität erbracht werden. Ziel ist daher die Vereinheitlichung der Qualitätsstandards im Bereich der Rehabilitation. An dieser Stelle möchte die Enquetekommission explizit darauf hinweisen, dass für eine Sicherstellung der Qualität ausreichend Personal benötigt wird.

Handlungsempfehlungen

Zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im Bereich der Rehabilitation gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen:

- a) Die Qualitätsstandards der Rehabilitationsanbieter sind aneinander anzugleichen und transparent zu machen. Hierzu sollen sich Einrichtungen besser vernetzen, um ihre Standards untereinander abzustimmen. Es ist zu prüfen, inwieweit eine Kontrolle möglich und notwendig ist.
- b) Die Qualitätskriterien für den Bereich der Rehabilitation sollen definiert werden.
- c) Es soll eine verbindliche Festlegung eines Personalschlüssels für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation getroffen werden, verbunden mit einer Verankerung eines Vergütungsanspruchs.

3.2.2.10 Vernetzung der Versorgungsstrukturen

Herausforderungen

Die Schnittstellen zwischen Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen und der eigenen Häuslichkeit beziehungsweise des eigenen Umfelds müssen zukünftig professioneller und durchlässiger gestaltet werden. Hierbei ist insbesondere das Entlassungsmanagement der Rehabilitationseinrichtungen zu verbessern.

An der Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Rehabilitation sollte sichergestellt werden, dass die Rehabilitationseinrichtung die medizinischen Daten der Patientinnen und Patienten bekommt. Es ist beispielsweise problematisch, wenn ein verlegendes Krankenhaus Infektionen wie beispielsweise mit MRSA verschweigt, da eine Verlegung ansonsten nicht möglich wäre.

Die Zuständigkeiten im Bereich der geriatrischen Rehabilitation sind auf die einzelnen Sektoren der Gesundheitsversorgung verteilt. Somit ist es schwer, eine abgestimmte Versorgung zu erreichen.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, sich zur Verbesserung der Situation der Rehabilitationseinrichtungen für eine bessere Verzahnung zwischen Krankenhäusern, Pflegeheimen und dem häuslichen Bereich einzusetzen. Hierzu sollen geeignete Konzepte entwickelt und implementiert werden. Ein Ansatzpunkt hierbei könnte die Übergabe einer digitalen Gesundheitsakte, unter Sicherstellung des Datenschutzes, sein. Um das Entlassungsmanagement der Rehabilitationseinrichtungen zu verbessern, sollen alle Einrichtungen den DNQP Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege anwenden.

3.2.2.11 Finanzierung

Sachstand

Die Ausgaben für Rehabilitation und Vorsorge aller Ausgabenträger sind zwischen 1995 und 2013 um 14,5 Prozent von 7,6 auf 8,7 Milliarden Euro gestiegen. Der Anteil der Ausgaben für Rehabilitation und Vorsorge an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen ist jedoch geringer geworden, und zwar um ca. 32 Prozent – von 4,1 Prozent auf 2,8 Prozent –, während die

Gesamtausgaben im Gesundheitswesen in diesem Zeitraum um nahezu 68 Prozent stiegen, von 187 auf 315 Milliarden Euro.⁷

Von der Gesamtsumme der Gesundheitsausgaben der GKV entfielen im Jahr 2014 1,63 Prozent auf den Vorsorge- und Rehabilitationsbereich.

Mit der Schiedsstelle existiert in Baden-Württemberg ein Konfliktlösungsmechanismus, der sicherstellen soll, dass auskömmliche Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zustandekommen.

Herausforderungen

Die geriatrische Rehabilitation sollte besser finanziert werden, da durch die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit enorme Kosten gespart werden können. Investitionen in Rehabilitation werden aufgrund der demografischen Entwicklung zunehmend wichtig. Das Ausgabenvolumen für medizinische Rehabilitation muss dem Bedarf angepasst werden und nicht umgekehrt. Das bedeutet, es sollte nicht an der Rehabilitation, sondern durch Rehabilitation gespart werden.

Der wirtschaftliche Druck auf Rehabilitationseinrichtungen darf nicht so hoch werden, dass die Qualität der Leistung leidet. Daher muss die Unterfinanzierung vor allem der geriatrischen Rehabilitation beendet werden, so dass die Vergütungssätze ausreichen, um die notwendigen Strukturen vorzuhalten. Es ist zu berücksichtigen, dass Rehabilitationseinrichtungen zunehmend Investitionskosten für Rehabilitationsplätze erbringen müssen.

Handlungsempfehlungen

Mit folgenden Handlungsempfehlungen zielt die Enquetekommission auf eine Verbesserung der Finanzierung der Rehabilitation ab:

- a) Die Enquetekommission sieht es als erforderlich an, Verbesserungen bei Investitionskostenzuschüssen für Rehabilitationseinrichtungen vorzunehmen. In die Vergütungssatzverhandlungen sollen beispielsweise bauliche Neustrukturierungen, die aus funktionaler Sicht notwendig sind, steigende Personalkosten und Kostensteigerungen, die zur Sicherung der Qualität anfallen, miteinbezogen werden. Weiter sollen einheitliche Strukturvorgaben für die geriatrische Rehabilitation entwickelt und die Tagessätze entsprechend der Strukturvorgaben und des individuellen Therapiebedarfs (Multimorbidität) angepasst werden.
- b) Das Land möge eine Evaluation der Feststellung der Rehabilitationsbedarfe, der Verordnung, Bewilligung und Versagung von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation vor und im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit unter Nutzung der MDK-Daten gemäß § 18a SGB XI und der Routinedaten der Krankenkassen in Baden-Württemberg in Auftrag geben, um die geltenden gesetzlichen Regelungen auf ihre Umsetzung hin zu überprüfen und daraus abgeleitete notwendige Weiterentwicklungen des Rehabilitationsrechts auf Bundesebene einzufordern.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt, ein Forschungsprojekt zu initialisieren, das mit der Erarbeitung eines Konzeptes zur Umsetzung einer Mitverantwortung der sozialen Pflegeversicherung für die geriatrische Rehabilitation beauftragt wird. Es soll ein Ausgleichsmechanismus zwischen GKV und SPV entwickelt werden, der in einem tatsächlichen Geldmitteltransfer mündet, so dass die GKV einen Anreiz hat, Rehabilitationen zu bewilligen. Die Forschungsergebnisse des Projekts sollen anschließend in der Politik beraten und in die Praxis umgesetzt werden.

⁷ Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015

- d) Die Deckelung der Rehabilitationsausgaben der GRV soll abgeschafft oder das Budget der GRV erhöht und dynamisiert werden.
- e) Maßnahmen der Qualitätssicherung müssen zusätzlich vergütet werden.
- f) Die Enquetekommission fordert die Verankerung eines Rechtsanspruchs der Rehabilitationseinrichtungen auf eine leistungsorientierte Vergütung im SGB V und SGB IX, die auch die Investitionskosten umfasst.

3.2.3 Krankenhaus

3.2.3.1 Qualitätssicherung

Sachstand

Qualitätssicherung im SGB V

Alle Leistungserbringer im System der Gesetzlichen Krankenversicherung sind dem Prinzip der Qualitätssicherung verpflichtet. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) regelt dabei die Grundanforderungen zur Qualitätssicherung. Sie enthalten unter anderem die gesetzliche Verpflichtung zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements und zur Beteiligung an Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden (externen) Qualitätssicherung (§ 135a SGB V). Die Festlegung von verbindlichen konkretisierenden Regelungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich – also in der vertragsärztlichen Versorgung und in den Krankenhäusern – ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übertragen. Damit hat der G-BA die Gestaltungshoheit insbesondere auch für die Qualitätssicherung im Krankenhaus. Er hat somit die Kompetenz zu entscheiden, für welche Bereiche Qualitätsanforderungen bestimmt werden und wie detailliert und aufwendig diese Regelungen sind. Seine Vorgaben sind für die Leistungserbringer verbindlich.⁸

AQUA Indikator

Bei der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung wird der G-BA durch ein unabhängiges wissenschaftliches Institut unterstützt (nach § 137a SGB V). Derzeit ist das AQUA-Institut damit beauftragt, für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln. Das Institut beteiligt sich auch an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. Derzeit gibt es einen pflegesensiblen Indikator, der die Qualität der Dekubitusprophylaxe in Krankenhäusern betrifft.

Herausforderungen

Ziel ist es, die Qualitätssicherung und den Ausbau von Qualitätsindikatoren weiterzuentwickeln. Die Entwicklung von weiteren Qualitätsindikatoren für die Pflege soll unterstützt werden.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt den Ausbau der Entwicklung und der Anwendung von Qualitätsindikatoren in der Pflege.

Die Enquetekommission regt an, Qualitätssicherung zukünftig gesondert zu vergüten. Bereits gesetzlich vorgeschriebene Qualitätsmanagementbeauftragte (QMBs) sollen im Budget zusätzlich aufgeführt und honoriert werden. Weiter ist zu prüfen, ob eine verbindliche stufenmäßige Festsetzung von QMBs nach Bettenzahl eingeführt werden soll. Bezüglich der QM-Ausbildungen soll die Festlegung eines einheitlichen Curriculums und einheitlicher Zugangsvoraussetzungen geprüft werden.

3.2.3.2 Geriatrische Versorgung

Herausforderungen

Die demografischen Veränderungen machen eine stärkere Ausrichtung der Krankenhausversorgung auf geriatrische Patientinnen und Patienten nötig, beispielsweise müssen sie ihre

⁸ Bundesministerium für Gesundheit 2015

Strukturen zur Versorgung von Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen, wie z. B. Demenz oder Morbus Parkinson, anpassen. Ziel ist es daher, einen Ausbau geriatrischer Kompetenzen in Krankenhäusern zu erreichen.

Handlungsempfehlungen

Zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung im Krankenhaus gibt die Enquetekommission nachstehende Empfehlungen ab:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt, das im Jahr 2014 neu gefasste Geriatriekonzept in allen seinen Teilen zu realisieren. Beispielsweise sollen rehabilitative Maßnahmen nicht erst im Anschluss an eine Akutbehandlung, sondern bereits im Akutkrankenhaus einsetzen. Dazu bedarf es einer flächendeckenden geriatrischen Versorgung und einer entsprechenden Refinanzierung.
- b) Weiter müssen bauliche Aspekte, die die Besonderheit der Bedarfe von geriatrischen und demenzkranken Patientinnen und Patienten berücksichtigen, stärker beachtet werden. Die Enquetekommission fordert die Landesregierung auf zu prüfen, ob das Volumen des regulären Investitionsförderprogramms ausreichende Umsetzungsmöglichkeiten für derartige Maßnahmen bietet.
- c) Das pflegerische, medizinische und therapeutische Personal benötigt eine spezielle zusätzliche gerontopsychiatrische Aus- und Fortbildung. In diesem Bereich müssen die Einrichtungen für geeignete Fortbildungsangebote bzw. Weiterbildungsangebote und deren Nutzung sorgen. Weiter bedarf es Konzepte, die sicherstellen, dass das erworbene Wissen in den Alltag übertragen und angewendet wird. Zudem wird empfohlen, vermehrt Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Krankenhäusern zu beschäftigen, um die spezifischen Kompetenzen zum Umgang mit neurodegenerativen Erkrankungen in die Versorgungsteams zu integrieren. Inwiefern die zukünftige Pflegeausbildung hier einen Beitrag leisten könnte, wird im Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“ betrachtet.
- d) Es wird den Einrichtungen im Rahmen einer Selbstverpflichtung empfohlen, bei Aufnahme einer neuen Patientin oder eines neuen Patienten den Geriatrie-Check entsprechend dem Geriatriekonzept 2014 durchzuführen. Weiter werden die Etablierung demenzsensibler Konzepte sowie die Einrichtung geriatrischer Behandlungseinheiten empfohlen. In diesem Zusammenhang soll auch die Einrichtung von „Geronto“-Zimmern durch die Einrichtungen geprüft werden.

3.2.3.3 Personalsituation

Sachstand

Bundesweit zeigt die Untersuchung „Pflege-Thermometer“ des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) Entwicklungstrends in der Krankenhauspflege auf, die ergänzend zu den amtlichen Statistiken gesehen werden. Das Pflege-Thermometer 2009 wurde auf der Grundlage einer bundesweiten Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus erstellt. Diese Untersuchung zeigt, dass bundesweit in den Jahren 1996 bis 2008 in der Krankenhauspflege ein Stellenabbau in der Größenordnung von 14,2 Prozent 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 Patientinnen und Patienten von 1995 bis 2008 kontinuierlich angestiegen sind. In den Jahren 2007 bis 2009 steigerte sich die Pflegekraft-Patienten-Relation von 59 auf 61,5 Fälle pro Pflegekraft.⁹

⁹ Gutachten der Katholischen Hochschule Freiburg

Tabelle 1: Krankenhäuser in Baden-Württemberg (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2015)

	Einrichtungen (Anzahl)	Aufgestellte Betten	Berechnungs-/ Belegungstage	Fallzahl	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	Vollkräfte im Pflegedienst
2000	317	64.493	19.169.430	1.967.650	9,7	39.240
2001	321	64.017	18.600.371	1.966.991	9,5	39.568
2002	325	63.677	18.187.650	1.973.106	9,2	39.183
2003	320	63.364	17.535.408	1.974.286	8,9	38.553
2004	316	62.387	16.967.776	1.913.648	8,9	37.262
2005	305	61.371	16.541.475	1.927.778	8,6	36.420
2006	296	60.424	16.246.973	1.918.056	8,5	36.109
2007	297	59.982	16.307.676	1.959.077	8,3	35.765
2008	297	59.224	16.150.144	1.976.987	8,2	35.973
2009	289	58.460	16.105.979	1.999.297	8,1	36.124
2010	289	58.045	16.040.065	2.022.271	7,9	36.797
2011	285	56.910	16.013.163	2.059.083	7,8	37.181
2012	276	56.674	15.922.630	2.074.015	7,7	37.108
2013	272	56.726	15.891.500	2.090.033	7,6	37.285
2014	270	56.572	15.867.193	2.129.372	7,5	37.429

Wie in Tabelle 1 ersichtlich ist, zeigt sich auch in Baden-Württemberg eine ähnliche Entwicklung. Der sinkenden durchschnittlichen Verweildauer steht eine Zunahme der Fallzahl gegenüber. In den Jahren von 2001 bis 2007 fand ein Personalabbau im Pflegebereich um 10 Prozent statt. Im Jahr 2014 befand sich das Personalniveau im Pflegebereich in etwa auf dem Stand von 2004. Im selben Zeitraum zeigen sich eine Zunahme der Fallzahl um 11 Prozent und ein Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer um 16 Prozent.

Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)

Der Bundestag hat am 5. November 2015 das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) verabschiedet. Zur Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung ist darin ein Pflegestellen-Förderprogramm vorgesehen. In den Jahren 2016 bis 2018 sollen sich die Fördermittel auf insgesamt bis zu 660 Mio. Euro belaufen. Ab 2019 sollen dann dauerhaft 330 Mio. Euro pro Jahr zur Verfügung stehen. Die dadurch geschaffenen neuen Stellen sollen ausschließlich der Pflege am Bett zugutekommen.

Steigende Kosten der Krankenhäuser infolge von Tarifabschlüssen, welche die Obergrenze für Preiszuwächse überschreiten, sind zukünftig hälftig von den Kostenträgern zu refinanzieren.

Herausforderungen

Die zunehmende Personalknappheit infolge zurückgehender Geburtenjahrgänge und die gleichzeitig ansteigende Zahl von älteren Patientinnen und Patienten mit multimorbiden Krankheitsbildern und Demenz machen eine Stärkung des Pflegeberufs, eine neue Aufgabenverteilung und neue Berufsbilder im Krankenhaus notwendig. Dabei ist insbesondere die berufsübergreifende Zusammenarbeit ein Schlüsselfaktor für den Erfolg neuer Versorgungsstrategien.

Untersuchungen zeigen, dass eine in Quantität und Qualität unzureichende Personalausstattung beispielsweise zu verspäteter Hilfe im Notfall, zu einer erhöhten Infektionsrate und teilweise zu einer erhöhten Mortalität führen kann. Ebenfalls zeigt sich, dass aufgrund der Patienten-Pflegekraft-Relation von 1:10 Pflegenden zunehmend keine Zeit für die psychosoziale

Betreuung haben. Wichtige Schulungen und Beratungen können ebenfalls häufig nicht mehr geleistet werden.

Die Enquetekommission betrachtet es daher als Zielsetzung, die Personalausstattung in Krankenhäusern insbesondere im Pflegebereich sowohl quantitativ als auch qualitativ sicherzustellen.

Neben den veränderten Anforderungen an Pflegekräfte im Krankenhaus, die beispielsweise durch veränderte Krankheitsbilder der Patientinnen und Patienten wie Demenz oder Multimorbidität entstehen, liegen einige Faktoren, die sich negativ auf die Rahmenbedingungen der Pflege im Krankenhaus auswirken, unmittelbar im DRG-System begründet. Die durchschnittliche Verweildauer ist mit Einführung des DRG-Systems gesunken, was zur Folge hat, dass in immer kürzeren Zyklen zum einen ein hoher administrativer Aufwand entsteht und zum anderen die Pflegeintensität gestiegen ist, da mehr Patientinnen und Patienten mit hohem medizinischem und pflegerischem Aufwand in Krankenhäusern behandelt werden. Erschwerend kommt hinzu, dass das DRG-System in seiner derzeitigen Form den tatsächlichen Pflegeaufwand nicht ausreichend abbildet. Es ist daher das Ziel, eine bessere Abbildung der Pflegekosten im Finanzierungssystem der Krankenhäuser anzustreben, die den tatsächlichen Pflegeaufwand abbildet.

Die hohe Belastungssituation des Pflegepersonals im Krankenhausbereich wird auch im Kapitel 3.5 „Arbeitsbedingungen“ behandelt.

Handlungsempfehlungen

Um die hohe Belastung des Pflegepersonals im Krankenhaus zu senken und auch zukünftig eine qualitativ hochwertige Versorgung durch das Pflegepersonal gewährleisten zu können, gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen:

- a) Die Enquetekommission regt die Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung der aktuellen Beschäftigung durch gesetzgeberische Maßnahmen an. Bestehende Programme, wie zum Beispiel das Pflege-Förderprogramm, die in diese Richtung gehen und Erfolge erzielt haben, sind weiterzuentwickeln.
- b) Die Enquetekommission setzt sich für die Einführung eines Kostengewichts Pflege oder eines vergleichbaren Systems ein, welches zur Folge hätte, dass der Pflegebedarf in der Finanzierungslogik abgebildet wird. Langfristig ist die Einführung eines eigenen Kostengewichts Pflege im DRG-System vorstellbar. Dieses künftige System muss über das vorhandene DRG-System oder über ein neues System refinanziert werden können. Es soll geprüft werden, welches System der Personalbemessung geeignet ist.
- c) Als kurzfristige Maßnahme soll umgehend ein Sonderprogramm eingerichtet werden, das sich mindestens an der Größenordnung der 1997 abgeschafften Pflegepersonalregelung orientiert. Damit können kurzfristig deutlich mehr Stellen geschaffen werden, um das Pflegepersonal zu entlasten.
- d) Das gesellschaftliche Ansehen der Gesundheitsberufe muss verbessert werden. Pflegefachkräfte können deutlich stärker als bislang durch qualifiziertes Service- und Assistenzpersonal unterstützt werden.
- e) Die Enquetekommission betrachtet es als essentiell für die Sicherstellung der zukünftigen Versorgung im Gesundheitswesen, dass sich die Berufsgruppenorientierung in eine Teamorientierung wandelt. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit muss gefördert werden.
- f) Es muss so viel Personal in der stationären Gesundheits- und Krankenpflege zur Verfügung stehen, dass Pflegenden Zeit für Patientenedukation und therapeutische Pflege haben.

- g) Es müssen Konzepte entwickelt werden, welche die Einbeziehung der Angehörigen in diesem Bereich fördern.
- h) Die Enquetekommission regt an, Modellversuche nach § 63 Abs. 3 SGB V zur Erprobung der Erweiterung des Zuständigkeits- und Verantwortungsbereichs in den der Pflege benachbarten heilkundlichen Bereich auf den Weg zu bringen.

3.2.3.4 Entlassungsmanagement

Herausforderungen

Die Enquetekommission erachtet eine Verbesserung der Versorgungssituation von älteren Menschen nach dem Krankenhausaufenthalt als wichtige Zielsetzung. Es ist beispielsweise ein Anstieg von Entlassungen aus dem Krankenhaus in stationäre Pflegeeinrichtungen zu verzeichnen. Daher muss das Entlassungsmanagement beziehungsweise Überleitmanagement verbessert werden. Die Planung der Entlassung muss mit der Aufnahme in das Krankenhaus beginnen. Der Krankenhausaufenthalt soll als Gesamtverlauf im Kontext mit Vor- und Nachsorge betrachtet werden.

Nach Ansicht der Enquetekommission sollten daher Case-Management-Ansätze an der Schnittstelle von Krankenhäusern zu weiteren Versorgungsstrukturen verbessert werden. Ebenso ist eine Beteiligung der Fachkräfte von Pflege, Medizin und Therapie an lokalen Kooperationen für eine bessere Vernetzung mit dem ambulanten Sektor sinnvoll.

Die Kompetenzasymmetrie zwischen dem Krankenhaussozialdienst, der die Anträge für eine Rehabilitation oder eine Pflegestufe in der Regel ausfüllt, und dem MDK, der mit qualifizierten Ärztinnen oder Ärzten prüft, sollte überwunden werden. Die Enquetekommission betrachtet es daher als Zielsetzung, das MDK-Prüfverfahren patientengerechter zu gestalten. Insbesondere soll sichergestellt werden, dass die durchschnittlich verkürzte Verweildauer im Krankenhaus nicht zu einem „Dunkelfeld versenkter Rehabilitationspotenziale“ führt.

Es sollten Angebote geschaffen werden, die zwischen einem Krankenhausaufenthalt und der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit genutzt werden können. Dort sollte die Wiedererlangung der eigenen Selbstständigkeit trainiert werden können.

Handlungsempfehlungen

Versorgungsbrüche manifestieren sich besonders beim Übergang vom stationären in den nachstationären Bereich. Sie führen zu unnötiger Belastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen, aber durch die damit oftmals verbundenen „Drehtüreffekte“ auch zur Verschwendung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen.¹⁰ Die Enquetekommission gibt daher nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, konsequent den DNQP Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege umzusetzen.
- b) Einrichtungen sollen für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige, bezogen auf das jeweilige Krankheitsbild und den damit zusammenhängenden Pflegebedarf, spezifische Schulungen und Beratungen anbieten. Nach dem Krankenhausaufenthalt soll eine abgestufte Beratung und Versorgung erfolgen.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen die Einführung eines Case-Managements mit medizinischer, sozialpädagogischer und pflegerischer Kompetenz.
- d) Um eine bessere Planbarkeit der Entlassung zu ermöglichen, sollen Einrichtungen vermehrt sogenannte Clinical Pathways¹¹ einführen.

¹⁰ DNQP Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege 2009

¹¹ Klinische Behandlungspfade

- e) Die Enquetekommission fordert die Einrichtungen dazu auf, im Rahmen einer strukturierten (Pflege-)Überleitung dafür zu sorgen, dass die weiterversorgende Institution über das notwendige Wissen verfügt, um eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Die Enquetekommission empfiehlt diesbezüglich zu prüfen, ob die Einführung einer digitalen Gesundheitsakte dabei förderlich ist.
- f) Die Enquetekommission fordert, Regelungen zu erarbeiten, die es Sozialstationen, welche das Entlassungsmanagement koordinieren, ermöglichen, dieses refinanziert zu bekommen.
- g) Die Enquetekommission empfiehlt den Kranken- und Pflegekassen, die Brückenpflege auszuweiten und die bisherige Einschränkung auf Menschen mit Krebserkrankungen aufzuheben.
- h) Beim Übergangsmanagement soll der MDK regelhaft die Prognose stellen, dass die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich länger als sechs Monate andauert, analog der Handhabung in Bayern.
- i) Die Enquetekommission empfiehlt, die Eilbegutachtung (Prüfung innerhalb von 48 Stunden) durch den MDK auszubauen. Hierbei sind auch zunächst telefonische Kontakte denkbar.
- j) Krankenkassen sollen bei Rehabilitationsanträgen, die aus dem Krankenhaus gestellt werden, nach Maßgabe der Richtlinie des GKV-Spitzenverbands gemäß § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung) auf den Einbezug des MDK verzichten, insbesondere auch bei Verlängerungsanträgen.
- k) Das Verfahren der MDK-Prüfung soll patientengerechter gestaltet werden. Dazu gehört eine Kommunikation auch zwischen MDK und der niedergelassenen Ärzteschaft.
- l) Die Enquetekommission fordert alle Akteure auf, den Rechtsanspruch auf ein entsprechendes Versorgungsmanagement konsequent umzusetzen und dieses zu implementieren.
- m) Die Enquetekommission appelliert an Pflegende, sich aktiv an kommunalen Gesundheitskonferenzen zu beteiligen, um sich in die Versorgungsplanung einzubringen.
- n) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, Forschungsprojekte zu initiieren, welche die weiteren Verläufe nach der Entlassung aus dem Krankenhaus und der Überweisung in Pflegeheime erheben. Dabei ist beispielsweise auf die Verweildauer im Pflegeheim oder anschließende Versorgungsformen zu achten.

Minderheitenvoten zu Kapitel 3.2 „Prävention, Rehabilitation und Akutversorgung“

Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der CDU zu den Handlungsempfehlungen 3.2.2.11 „Finanzierung“

Herausforderungen

In den Anhörungen konnte festgestellt werden, dass für Menschen mit Pflegebedarf oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen durch eine Rehabilitationsmaßnahme oft eine Erhaltung oder Verbesserung der Selbständigkeit erreicht werden kann, sodass die Betroffenen mit entsprechender Unterstützung beispielsweise eine längere Zeit in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden können. Die geriatrische Rehabilitation sollte besser finanziert werden, da durch verhinderte Pflegebedürftigkeit enorme Kosten gespart werden können. Investitionen in Rehabilitation werden aufgrund der demografischen Entwicklung zunehmend wichtig. Das Ausgabenvolumen für medizinische Rehabilitation muss dem Bedarf angepasst werden und nicht umgekehrt. Das bedeutet, es sollte nicht an der Rehabilitation, sondern durch Rehabilitation gespart werden.

Problematisch ist, dass von der Gesamtsumme der Gesundheitsausgaben der GKV im Jahr 2014 nur 1,63 Prozent auf den Vorsorge- und Rehabilitationsbereich entfielen. Aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeit der Krankenversicherung für die Rehabilitation und der Pflegeversicherung für Pflegeleistungen fallen Risiko und Nutzen auseinander. Für die Krankenversicherung fehlt es an wirksamen Anreizen zur bedarfsgerechten Erbringung von Rehabilitationsleistungen und damit zur Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“. Dass dies geändert werden muss, ist mittlerweile allgemein bekannt (vgl. z. B. Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014), Koalitionsvertrag Bundesregierung (2013) oder Beschlüsse der 88. GMK (2015) sowie 91. ASMK (2014)).

Aus Sicht der CDU-Fraktion bedarf es daher einer stärkeren Beteiligung der Pflegeversicherung an der geriatrischen Rehabilitation.

Handlungsempfehlungen

Die CDU-Fraktion empfiehlt eine Bundesratsinitiative durch Baden-Württemberg mit der Zielsetzung, eine finanzielle Mitverantwortung der Pflegeversicherung für die geriatrische Rehabilitation zu erreichen.

3.3 Lebensgestaltung bei Pflege- und Unterstützungsbedarf

3.3.1 Pflegebedürftigkeit in Baden-Württemberg

Die absolute Anzahl der Menschen mit Pflegebedarf, die Leistungen nach SGB XI erhalten, 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 Mio. Menschen mit Pflegebedarf in der amtlichen Pflegestatistik erfasst, so stieg diese Zahl im Jahr 2013 auf insgesamt rund 2,6 Mio.¹² 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.

Das SGB XI regelt in § 14, wer im Sinne der Pflegeversicherung pflegebedürftig ist:

„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“.

Diese Formulierung 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.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II soll der bislang gültige Pflegebedürftigkeitsbegriff überarbeitet werden und ab dem 1. Januar 2017 in Kraft treten. Die Pflegesituation von Menschen mit geistigen und seelischen Beeinträchtigungen etwa bei demenziellen Erkrankungen wird bei der Begutachtung künftig in gleicher Weise berücksichtigt wie die Pflegesituation der Menschen mit körperlichen Einschränkungen.

„Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen“.

Von 2001 bis 2013 ist die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, in Baden-Württemberg von 210.724 auf 298.769, also um ca. 88.000 gestiegen. Die Pflegequote (Pflegebedürftige pro 100 Einwohner) wuchs vergleichsweise stark an. Im Jahr 2001 lag diese bei 2,1, im Jahr 2013 bei 2,8, trotz einer nur geringfügig geänderten Größe der jeweils zugrunde gelegten Bevölkerungszahl. Damit hat Baden-Württemberg im bundesweiten Vergleich die zweitniedrigste Pflegequote.

Tabelle 2: Pflegebedürftige gesamt und nach Pflegestufen (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg)

	Gesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	ohne Pflegestufe
2001	210.724	99.210	81.935	27.309	2.270
2003	224.184	107.495	85.865	29.595	1.229
2005	225.367	110.323	84.839	28.223	1.982
2007	236.998	119.272	86.555	28.932	2.239
2009	246.038	126.257	87.235	30.842	1.704
2011	278.295	145.177	95.848	35.280	1.990
2013	298.769	156.640	101.757	38.340	2.032

¹² Statistisches Bundesamt 2015

Daraus aber ein gestiegenes Risiko für Pflegebedürftigkeit abzuleiten, wäre vorschnell. Immerhin ist im selben Zeitraum die Zahl der 65-Jährigen und älter um ca. 370.000 Personen¹³ angewachsen, und das Leistungsspektrum im SGB XI hat sich erweitert.

In Landkreisen mit einer eher ländlichen Bevölkerungsstruktur, die geprägt sind durch einen höheren Anteil älterer und hochaltriger Menschen sowie einem vergleichsweise starken Rückgang der Bevölkerungszahl, lässt sich festhalten, dass die Pflegequoten und ihr Anstieg eher überdurchschnittlich ausfallen. Dies zeigt sich vor allem gegenüber einem großen Stadtkreis wie Stuttgart mit einer deutlich jüngeren Bevölkerungsstruktur, bedingt auch durch den stärkeren Zuzug von Menschen im jungen und mittleren Alter.

Die Pflegequoten liegen in den Altersgruppen unterhalb der 60-Jährigen durchwegs unter der Ein-Prozent-Marke, zwischen etwa 0,3 und knapp unter 1 Prozent. Ab der Altersgruppe der 60-Jährigen und älter verdoppeln sie sich jedoch in etwa jeder um fünf Jahre höheren Altersgruppe, bis zu den 85- bis 89-Jährigen. In der Altersgruppe der 90-Jährigen und älter findet sich die höchste Pflegequote mit ca. 61 Prozent.

Tabelle 3: Pflegequoten in Baden-Württemberg (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg)

		2013	2011	2009	2007	2005	2003	2001
Beide Geschlechter	Alle Altersgruppen	2,8	2,6	2,3	2,2	2,1	2,1	2
	Unter 75 Jahre	0,9	0,9	0,8	0,8	0,7	0,8	0,7
	75 bis unter 85 Jahre	12,4	12,4	11,5	11,5	11,6	12,2	11,2
	85 bis unter 90 Jahre	35,5	35	32,3	31,6	30,6	35	33,5
	90 Jahre und älter	61,3	61,1	49,7	52,8	52,7	52,9	52,2
Männlich	Alle Altersgruppen	2	1,9	1,6	1,5	1,4	1,4	1,3
	Unter 75 Jahre	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7
	75 bis unter 85 Jahre	10,7	10,7	9,5	9,4	9,4	9,9	9,3
	85 bis unter 90 Jahre	27,8	27,2	24,5	23,6	23,3	26,4	25,7
	90 Jahre und älter	49,5	49,5	31,2	33,3	34,5	36	36
Weiblich	Alle Altersgruppen	3,5	3,4	3	2,9	2,7	2,8	2,6
	Unter 75 Jahre	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7
	75 bis unter 85 Jahre	13,6	13,7	12,9	12,9	12,9	13,4	12,2
	85 bis unter 90 Jahre	39,3	38,4	35,4	34,6	33,3	38	36,2
	90 Jahre und älter	64,8	64,4	56,3	59,4	58,5	58,3	57,3

Die Pflegequoten liegen für beide Geschlechter bis zur Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen 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.

Auch in Zukunft werden Frauen am stärksten unter den Menschen mit Pflegebedarf vertreten sein. Dennoch werden Zahl und Anteil der pflegebedürftigen Männer 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.

Für das Jahr 2030 lässt sich eine Zahl von ca. 400.000 pflegebedürftigen Leistungsempfängern in Baden-Württemberg hochrechnen, ein Anwachsen um ca. 100.000 Personen. Da die Gesamtbevölkerung in diesem Zeitraum prognostiziert nur geringfügig zunimmt, errechnet sich für 2030 eine deutlich höhere Pflegequote von 3,71 Prozent. Gegenüber 2015 ist das ein

¹³ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2015

Anstieg um 0,8 Prozentpunkte, der vor allem die Veränderung in der Altersstruktur der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg widerspiegelt.¹⁴

In den Stadtkreisen 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 Stadtkreisen befinden, sogar auf einem noch etwas höherem Niveau als in den sehr ländlich bzw. klein-/ mittelstädtisch strukturierten Landkreisen.

Die Enquetekommission betrachtet es als wichtige Zielsetzung, dass sich Kommunen, Landkreise und Pflegeleistungserbringer frühzeitig auf die Folgen des demografischen Wandels einstellen können, damit sie entsprechende Angebote und eine vorausschauende Personalplanung entwickeln können.

Die Enquetekommission Pflege empfiehlt der Landesregierung daher, eine aussagekräftige Pflegeberichterstattung einzuführen, die Entwicklungstrends regelmäßig erfasst und die Datenlage auf die lokale Ebene herunterbricht.

3.3.2 Beratung

Sachstand

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 SGB XI eingerichtet wurden. Die baden-württembergischen Pflegestützpunkte werden jeweils zu einem Drittel von den Pflegekassen, Krankenkassen und kommunalen Trägern finanziert.

Beratung durch die Pflegekassen

Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in den jeweiligen Pflegekassen beraten Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen vor allem in Bezug auf leistungsrechtliche und pflege-relevante Fragen.

Seit dem 1. Januar 2009 besteht ein individueller Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Sowohl die gesetzlichen als auch die privaten Pflegekassen sind verpflichtet, für alle Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, individuelle Beratung und Hilfestellung durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind, durchzuführen.

Beratung durch ambulante Pflegedienste

Gemäß § 37 SGB XI beraten ambulante Pflegedienste im Rahmen der Qualitätssicherungsbe-suche Angehörige und Menschen mit Pflegebedarf bei Fragen zur Pflege im häuslichen Be-reich.

Beratung durch bundesweit aktive Organisationen

Organisationen wie z. B. die BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisa-tionen) 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 Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige sowohl telefonisch als auch online Beratung an.

¹⁴ vgl. auch Tabellen im Anhang des Gutachtens der Katholischen Hochschule Freiburg

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.

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 Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV-Stellen), die nach Auslaufen der Förderung in kommunaler Trägerschaft weitergeführt wurden – oft auch im Verbund mehrerer Gemeinden, zum Teil mit wechselnden Sprechtagen vor Ort. Die Arbeit ist meist nicht über diese regionalen Zusammenschlüsse hinaus gesteuert und vernetzt. Ein Teil dieser Beratungsstellen befindet sich in kirchlicher Trägerschaft.

Im Rahmen des Gutachtens der Katholischen Hochschule Freiburg konnte die Zahl von 116 Beratungsstellen für ältere Menschen in Baden-Württemberg ermittelt werden.

Case-Management**Herausforderungen**

§ 7a SGB XI sieht vor, dass die Pflegeberatung konsequent der Arbeitsweise eines qualifizierten Case-Managements folgt, wohnortnah angeboten und in Care-Management-Strukturen eingebunden wird. Die Wirklichkeit der Pflegeberatung in Baden-Württemberg ist dadurch gekennzeichnet, dass wenige Kassen diesem Anspruch wohnortnaher Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI gerecht werden, die überwiegende Anzahl der Pflegekassen hingegen nicht in der Lage ist, die Pflegeberatung im oben beschriebenen Sinne anzubieten und so den Rechtsanspruch aus § 7a SGB XI zu realisieren. Dabei ist die Pflegeberatung bei oft unvermittelt eintretender Pflegebedürftigkeit essentiell, um eine angemessene Versorgungssituation zu sichern und Belastungssituationen von pflegenden Angehörigen abzuwenden.

Die Enquetekommission betrachtet es daher als Ziel, Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörigen eine leicht zugängliche Pflegeberatung zu garantieren, und vertritt die Meinung, dass dies am besten dadurch geschieht, dass in den weiter auszubauenden Pflegestützpunkten die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Kooperation zwischen Kassen und Kommunen angesiedelt wird. Auf diese Weise könnte ein leistungsfähiges Beratungs- und Case-Management etabliert werden, das die Betroffenen und ihre Angehörigen wohnortnah und individuell berät.

Es muss Menschen mit Pflegebedarf ermöglicht werden, selbstbestimmt und in Würde zu altern. Gerade im Kontext von Beratungssituationen soll daher immer der jeweilige Mensch und dessen Lebenssituation im Mittelpunkt stehen. Die individuellen Wünsche, Bedürfnisse und Begleitungsmöglichkeiten sollten die Beratungssituation leiten. Dabei sollte der Inhalt nicht auf eine reine Versorgungsberatung begrenzt sein, sondern auch familiäre Prozesse betrachten und in die Entscheidungsfindung einbeziehen.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, ausgehend vom derzeitigen Angebot der Pflegestützpunkte, kostenträgerunabhängig, exemplarisch ein leistungsfähiges Beratungs- und Case-Management aufzubauen. Es soll gesichert sein, dass alle Menschen mit Pflegebedarf sowie deren Angehörige eine Person ihres Vertrauens zur Seite haben, die sie unabhängig informiert und über Hilfsangebote und deren Finanzierung berät. Das neue Angebot muss, um die Instanzenvielfalt für die Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige gering zu halten, in die bestehenden Versorgungsabläufe und vorhandenen Strukturen integriert sein und soll nicht als zusätzliche Instanz geschaffen werden. Ebenso muss die notwendige Beratung und Unterstützung für die Betroffenen und ihre Angehörige dabei in Wohnortnähe und neutral erfolgen.

Zugang zu Beratungsangeboten

Herausforderungen

Die Enquetekommission ist der Ansicht, dass Pflegeberatung leicht zugänglich, niederschwellig, neutral und wohnortnah angeboten werden soll. Der einzelne Mensch mit seinem Versorgungs- und Pflegebedarf, seinen Bedürfnissen und seinem Umfeld muss dabei im Mittelpunkt stehen. Die Enquetekommission erachtet es als wichtige Herausforderung, Beratungsangebote künftig verstärkt zielgruppenspezifisch anzubieten. Beispielsweise muss eine adäquate Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund ermöglicht werden. Familien mit schwerst- und lebensverkürzend erkrankten Kindern und Pflegebedarf sind auch als Zielgruppe der Beratung ernst zu nehmen.

Die bestehenden Beratungsangebote sind durch eine mangelnde Bekanntheit gekennzeichnet. Dies gilt sowohl für die Vielfalt des Angebotsspektrums wie für die Transparenz der Finanzierungsmöglichkeit. Die Enquetekommission betrachtet es daher als Ziel, das gesamte Spektrum der Pflegeangebote sowie die Finanzierungsmöglichkeiten bekannter und damit zugänglicher zu machen.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission appelliert an die Landesregierung, in Kooperation mit den Pflegekassen und Kommunen Pflegestützpunkte flächendeckend einzurichten und mit dem erforderlichen Personal auszustatten.

- a) Pflegeberatung muss auch in Pflegestützpunkten in Anspruch genommen werden können.
- b) Insgesamt soll die Beratungsstruktur der Pflegestützpunkte ausgebaut und dabei kleinteiliger, mobiler und zugehender werden.
- c) Eine „aufsuchende“ Beratung z. B. in Betrieben soll durch alle Pflegestützpunkte angeboten werden.
- d) Die Pflegeberatung soll neutral erfolgen.

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung eine landesweite Struktur zugehender Beratung anzustoßen und Anreize zum Aufbau entsprechender Strukturen unter Einbeziehung der Pflegestützpunkte zu setzen.

- a) Des Weiteren empfiehlt die Enquetekommission zu prüfen, inwiefern eine Stärkung der aufsuchenden Beratung nach SGB XI von der Bundesregierung gefördert werden kann.
- b) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Einrichtungen regionaler Pflegeausschüsse wie Pflegekonferenzen oder vergleichbarer Gremien.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt den Anbietern von Pflege- und Betreuungsleistungen, sich zu Informations- und Versorgungsnetzen zusammenzuschließen, um dadurch flächendeckend, individuelle Beratung zu ermöglichen.
- d) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Evaluation des Modellprojekts Präventive Hausbesuche (PräSenZ)

3.3.3 Familiäre Pflege

Sachstand

Die aktuelle Pflegestatistik¹⁵ zeigt auf, dass von den 2,6 Mio. Menschen mit Pflegebedarf, die im Jahr 2013 Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhielten, 71 Prozent (1,86 Mio.) zu Hause gepflegt wurden, ca. zwei Drittel davon (1,25 Mio.) nur durch Angehörige, ohne Unterstützung ambulanter Pflegedienste. Für Baden-Württemberg ist für das Jahr 2015 von 312.500 Menschen mit Pflegebedarf auszugehen. Hier liegt der Anteil der in der Häuslichkeit gepflegten Menschen mit 70 Prozent knapp unter dem Bundesdurchschnitt. In der Anknüpfung an die Verteilungslogik der früheren Statistiken ergeben sich rechnerisch aktuell rund 218.000 Menschen mit Pflegebedarf, die in Baden-Württemberg nur durch Angehörige gepflegt werden. Ausgehend von den Zahlen des MDK Baden-Württemberg, nach denen, bezogen auf das Jahr 2014, 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 auf alle Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf erweitert, vor allem im Vorfeld einer Einstufung durch den MDK – hier gehen Experteneinschätzungen von einer Verdoppelung aus, genaue Zahlen sind jedoch nicht verfügbar –, ist für Baden-Württemberg mit einer Zahl von 600.000 pflegenden Angehörigen zu rechnen.¹⁶

Geburtenstarke Jahrgänge garantieren in den nächsten 10–12 Jahren noch immer ein relativ hohes Maß an Pflege- und Unterstützungspotenzial im familiären Bereich, spätestens ab 2025 werden jedoch spürbare Veränderungen erwartet. Schon heute gibt es eine wachsende Zahl alleinlebender Menschen – die Daten des MDK¹⁷ weisen für Baden-Württemberg, je nach Stadt und Landkreis sehr unterschiedlich, bis zu 51 Prozent allein lebende Leistungsbeziehern und Leistungsbezieher nach SGB XI aus.

Aktuell werden zwei Drittel der Pflege im häuslichen Bereich nach wie vor von Frauen geleistet. Sie reduzieren ihre Berufstätigkeit oder verzichten ganz darauf. Trotz der gesetzlichen Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf¹⁸ ist die Zahl der Personen, die die Anforderungen in Beruf und der familiären Pflege nicht gleichzeitig bewältigen können, sehr hoch.

Im Jahr 2010 waren demzufolge in Deutschland rund 63 Prozent der weiblichen und rund 70 Prozent der männlichen pflegenden Angehörigen im Alter zwischen 25 und 64 Jahren erwerbstätig. Der Anteil der Erwerbstätigen ohne pflegebedürftige Angehörige lag zwischen rund 9 und 11 Prozentpunkte höher¹⁶.

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. Sowohl die Symptome der Gepflegten (zum Beispiel 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. Nach einer Studie der Siemens Betriebskrankenkasse 2014 liegt die Zahl der entsprechenden Diagnosen bei pflegenden und ehemals pflegenden Angehörigen um bis zu 51 Prozent höher, die gesamten Leistungsausgaben werden mit 18 Prozent über dem Durchschnitt angegeben.¹⁹

Die aktuellen Entwicklungen weisen darauf hin, dass sich die Familienstrukturen weiter verändern. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Pflege durch Familienangehörige künftig wohl immer weniger gewährleistet werden kann. Aufgrund der demografischen Entwick-

¹⁵ Statistisches Bundesamt 2015

¹⁶ Gutachten der Katholischen Hochschule Freiburg

¹⁷ siehe Tabelle im Anhang des Gutachtens der Katholischen Hochschule Freiburg

¹⁸ Pflegezeitgesetz 2008 und 2015

¹⁹ Gutachten der Katholischen Hochschule Freiburg

lung, aber auch aufgrund zunehmender gesellschaftlicher Mobilität und höherer Erwerbsbeteiligung von Frauen ist damit zu rechnen, dass das Potenzial an informeller Pflege durch Partnerinnen oder Partner bzw. Kinder oder Schwiegerkinder in immer geringerem Umfang für die häusliche Pflege zur Verfügung stehen wird.

Pflegezeitgesetz

Das Ziel des Gesetzes ist, Beschäftigten die Möglichkeit zu eröffnen, nahe Angehörige mit Pflegebedarf in häuslicher Umgebung zu pflegen und damit die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege zu verbessern. Es wurde im Jahr 2014 überarbeitet und enthält Regelungen zur kurzzeitigen Arbeitsverhinderung, zur Pflegezeit und zu sonstigen Freistellungen von Arbeitsleistungen.²⁰

Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf

Herausforderungen

Der überwiegende Teil der Menschen mit Pflegebedarf wird ausschließlich oder zumindest teilweise durch Familienangehörige gepflegt. Die Enquetekommission betrachtet daher die Abnahme des familiären Pflegepotenzials als große Herausforderung bei der Frage, wie die Pflegestrukturen in Baden-Württemberg auch zukünftig sichergestellt werden können. Die Bereitschaft zur familiären Pflege wird durch den Verlust an familiärer Bindung zukünftig abnehmen. Weiter erhöhen Individualisierungstendenzen, die Abnahme des familiären Pflegepotenzials und Altersarmut das Risiko der Vereinsamung im Alter.

Die Voraussetzungen für die Pflegenetzwerke sind dabei sehr unterschiedlich. Ob und in welchem Umfang die Pflege von Familienangehörigen übernommen werden kann, ist beispielsweise abhängig von den finanziellen Möglichkeiten, dem Bildungsniveau und dem sozialen Umfeld des familiären Pflegenetzwerks. Zudem unterscheiden sich die Voraussetzungen in städtischen und ländlichen Regionen. Hierfür bedarf es nach Ansicht der Enquetekommission geeigneter Konzepte und Lösungsstrategien.

Da das familiäre Pflegepotenzial auch in Zukunft als ein wichtiger Pfeiler der pflegerischen Versorgung bestehen soll, das Spannungsverhältnis von beruflicher Tätigkeit und Pflege jedoch weiter wachsen wird, werden geeignete Strategien zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf benötigt. Diese müssen insbesondere die finanzielle Versorgung pflegender Angehöriger sicherstellen. Dabei muss der Geschlechtergerechtigkeit besondere Bedeutung zugemessen werden. Etwa 60 Prozent der pflegenden Frauen sind erwerbstätig. Wenn eine Pflegesituation in der Familie eintritt, gibt etwa ein Viertel der Frauen ihre Erwerbsarbeit auf, etwas mehr als ein Viertel schränkt die Arbeit ein. Das daraus resultierende geschlechtsspezifische Lohngefälle trägt dazu bei, dass Frauen, die familiäre Pflege übernehmen, einen Verdienstaufschlag in der Gegenwart hinnehmen müssen und zusätzlich ihre Rentenanwartschaft verringern, was zu einem erhöhten Altersarmutsrisiko führt. Die Enquetekommission betrachtet es daher als Ziel, private Sorgearbeit zwischen Frauen und Männern gerechter aufzuteilen.

Handlungsempfehlungen

Damit die familiäre Pflege auch zukünftig als wichtige Säule der pflegerischen Versorgung Bestand hat, ist die Ermöglichung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf von wesentlicher Bedeutung. Die Enquetekommission nimmt daher folgende Handlungsempfehlungen vor:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, Konzepte zu entwickeln, die eine bessere Verzahnung von Pflege, Familie und Beruf ermöglichen. Hierzu sind auf Bundesebene Entwicklungen anzustoßen und zu unterstützen, die die gesetzlichen

²⁰ Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG)

Rahmenbedingungen hierfür ermöglichen. Weiter sollen Unternehmen Unterstützung bei der Entwicklung und Implementierung geeigneter Konzepte erhalten.

- b) Die Enquetekommission betrachtet eine verlässliche Kinderbetreuung als wichtiges Element zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Daher empfiehlt sie, den Ausbau der Kinderbetreuung ab dem Kleinkindalter weiterhin zu unterstützen. Ebenso sollte die Ganztageschule weiterhin ausgebaut werden.

Gesetzliche Ansprüche bzgl. Vereinbarkeit ausbauen

- c) Die Enquetekommission regt an, das Pflegeunterstützungsgeld zu evaluieren und fortentwickeln
- d) Ebenso schlägt die Enquetekommission eine Weiterentwicklung der Familienpflegezeit vor. Die derzeit festgelegte Betriebsgrößengrenze von 15 Mitarbeitenden hat zur Folge, dass in Baden-Württemberg 90 Prozent der Betriebe beziehungsweise 16 Prozent der Beschäftigten von der Regelung ausgenommen sind.
- e) Die Enquetekommission fordert die Landesregierung weiter auf, bei der Weiterentwicklung der Familienpflegezeit darauf hinzuwirken, dass diese auch von Personen mit niedrigem Einkommen in Anspruch genommen werden kann.
- f) Die Enquetekommission erachtet die im Familienpflegezeitgesetz vorgesehene Finanzierung auf Darlehensbasis für Einkommensschwächere als problematisch. Dabei ist insbesondere die maximale Dauer von 24 Monaten zu kurz. Das zinslose Darlehen über 24 Monate soll daher durch die Bundesregierung evaluiert und fortentwickelt werden.
- g) In diesem Zusammenhang soll ebenfalls die Freistellung von der Arbeitsleistung von 24 Monaten (Familienpflegezeit) evaluiert und fortentwickelt werden.
- h) Um zukünftig die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf zu ermöglichen, soll nach Ansicht der Enquetekommission ein Ausgleich für private Sorge- und Pflegetätigkeiten bei Rentenansprüchen geschaffen werden. Ein erster Schritt hierzu wurde durch die Anerkennung von Pflegezeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung im Pflegestärkungsgesetz II vorgenommen. Dieser sieht die Anerkennung der Pflegezeit als Kindererziehungszeit bei Pflegegrad 5 vor. Die Enquetekommission regt diesbezüglich eine Anerkennung von Pflegezeiten, entsprechend der Anerkennung von Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung, an, die über die vorgesehenen Regelungen des Pflegestärkungsgesetzes II hinausgehen.
- i) Die Enquetekommission empfiehlt, den Versicherungsschutz für pflegende Angehörige im Fall einer Arbeitslosigkeit im Anschluss an eine Pflegetätigkeit zu verbessern. Dazu soll die Arbeitslosenversicherung für pflegende Angehörige ausgebaut werden. Das Pflegestärkungsgesetz II erhöht Beitragszahlungen bereits über 6 Monate hinaus, was die Enquetekommission ausdrücklich begrüßt. Es soll jedoch eine weitere Erhöhung geprüft werden.
- j) Die Enquetekommission empfiehlt, ein Monitoring über die Wirkung von familien- und pflegepolitischen Leistungen, wie beispielsweise dem Elterngeld Plus oder dem Familienpflegezeitgesetz, zu installieren. Dabei soll eine Evaluierung im Hinblick auf die Annahme beziehungsweise die Akzeptanz der Durchführung sowie eventuell entstehende Nachteile stattfinden.

Rolle der Arbeitgeber

- k) Die Enquetekommission appelliert an Unternehmen, die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf auszuschöpfen, eine familienbewusste Personalpolitik zu betreiben und die Thematik in ihren Leitbildern beziehungsweise der Firmenphilosophie zu verankern. Dabei sind insbesondere geeignete Arbeitszeitmodelle, Teilzeit, Lebensarbeitszeitkonten, Telearbeit, Jobsharing und Sozialarbeit zu berücksichtigen. Die Enquetekommission erachtet hierzu eine Sensibilisierung der Betriebe und speziell der Führungskräfte, auch als Instrument zur Bindung von Fachkräften, als notwendig. Hierzu können die Industrie- und Handelskammer, die Handwerkskammer und die Arbeitgeberverbände geeignete Angebote generieren. Das Thema Pflege soll von Unternehmen zukünftig bei Corporate Social Responsibility-Strategien berücksichtigt werden.
- l) Ebenso sind durch die Landesregierung verbesserte Möglichkeiten zur Übernahme von Pflege- und Betreuungsaufgaben für die Beschäftigten im öffentlichen Dienst zu prüfen. Die Enquetekommission appelliert diesbezüglich an die Vorbildfunktion des Landes.
- m) Die Enquetekommission regt die Gründung lokaler Bündnisse unter Einbezug der Industrie- und Handelskammern, lokaler Unternehmen und in Kooperation mit den örtlichen Pflegeanbietern an. Unternehmen sollen eine „aufsuchende“ Beratung der Beschäftigten in ihren Betrieben ermöglichen.
- n) Weiter appelliert die Enquetekommission an die Tarifvertragsparteien, die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege auch bei künftigen tarifvertraglichen Regelungen zu berücksichtigen. Beispiele hierfür liefern der Tarifvertrag der Hessischen Chemischen Industrie oder der Demografietarifvertrag von EVG und Deutscher Bahn.

Belastung pflegender Angehöriger

Herausforderungen

Pflege in der Familie bedeutet oftmals eine starke psychische und physische Belastung. Pflegende Angehörige opfern sich im Spannungsfeld von Pflege, Familie und Beruf auf und stoßen dabei an ihre Belastungsgrenzen. Sie müssen daher besser entlastet und unterstützt werden, als dies bislang der Fall ist. Dazu müssen die Unterstützungsangebote für psychische und physische Belastungen verbessert und ausgebaut werden.

Die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Leistungsveränderungen im SGB XI sind hierbei ein Schritt in die richtige Richtung, der zur Entlastung pflegender Angehöriger beitragen kann. Ebenfalls begrüßt die Enquetekommission die Verpflichtung der Pflegekassen, Schulungsangebote für pflegende Angehörige vorhalten zu müssen. Als weitere Zielsetzung betrachtet die Enquetekommission die Entlastung pflegender Angehöriger durch den Ausbau von Tages- und Kurzzeitpflegeplätzen. Diese Angebote leisten derzeit nur einen kleinen Anteil im Pflege- und Betreuungssystem. Dabei wird insbesondere die Tagespflege momentan nicht im möglichen Umfang wahrgenommen.

Derzeit gibt es für pflegende Angehörige nur wenige Vernetzungsmöglichkeiten. Die Enquetekommission betrachtet es daher als Ziel, niederschwellige Vernetzungsstrukturen für pflegende Angehörige auf Landes und Bundesebene auf- und auszubauen, um hierdurch ein Unterstützung und Entlastung zu ermöglichen.

Handlungsempfehlungen

Um pflegende Angehörige künftig besser zu unterstützen und zu entlasten, betrachtet die Enquetekommission die Pflege in geteilter Verantwortung als Leitziel. Niemand soll in der häuslichen Pflege allein bleiben. Die Pflege von Angehörigen soll idealerweise durch einen Pflegemix gestaltet werden. Die in der Familie erbrachte Pflege soll professionell unterstützt wer-

den, um in unterschiedlichen Bereichen gezielte Unterstützungsangebote anbieten zu können. Die Enquetekommission gibt daher folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Beratungsangebote für Menschen mit Pflegebedarf und pflegende Angehörige sollen flächendeckend ausgebaut werden. Diese sollen alle familienbezogenen Dienste sowie Sozialversicherungsfragen abdecken und gezielte Angebote für Migrantinnen und Migranten beinhalten (hierzu auch Abschnitt 3.3.2 „Beratung“).
- b) Unter Einbeziehung der Berufsgenossenschaften sowie der Kranken- und Pflegekassen sollen vermehrt Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige wie Gesprächsgruppen, Informationsveranstaltungen, Kurse, Entspannungswochenenden und Kuren angeboten und finanziert werden. Diesbezüglich begrüßt die Enquetekommission die im Pflegestärkungsgesetz II vorgesehene Verpflichtung der Pflegekassen, Schulungen für pflegende Angehörige anzubieten, und fordert diese auf, entsprechende Angebote zu generieren und umzusetzen.
- c) Kommunen sollen freiwillige Zusammenschlüsse wie Angehörigennetzwerke durch verschiedene Formen der Unterstützung fördern. Dabei sind beispielsweise finanzielle Unterstützung, die Einrichtung einer Informations-Internetplattform oder die Bewerbung der Angebote denkbar.
- d) Die Enquetekommission macht sich dafür stark, dass Tages- und Kurzzeitpflegeplätze stärker in das Bewusstsein der Betroffenen und ihrer Angehörigen gebracht werden. Diese sollen bei Informations- und Beratungsangeboten verstärkt berücksichtigt und beworben werden.
- e) Die Enquetekommission empfiehlt, die Gewährungspraxis der häuslichen Krankenpflege zu überprüfen.
- f) Ebenso empfiehlt die Enquetekommission, die Gewährungspraxis von Kuren zu überprüfen.
- g) Die Enquetekommission empfiehlt, Vernetzungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige auf Länder- und Bundesebene zu schaffen.

3.3.4 Bürgerschaftliches Engagement

Sachstand

In Baden-Württemberg engagieren sich derzeit über 41 Prozent der Bevölkerung freiwillig und unentgeltlich für andere. Damit nahm Baden-Württemberg bis zum Jahr 2009 eine Spitzenstellung unter den Ländern ein. Seither ist jedoch eine Stagnation zu verzeichnen. Insbesondere in ländlichen Gebieten ist ein Rückgang der Engagementquote zu beobachten. 34 Prozent der bislang nicht engagierten Menschen können sich grundsätzlich vorstellen, sich künftig zu engagieren; tun dies bislang aus diversen Gründen jedoch (noch) nicht.²¹

Es gibt vielfältige Bereiche in denen sich Freiwillige beteiligen. Allerdings sind nicht alle Engagementfelder gleichermaßen populär. Im Sport oder der Kinder- und Jugendarbeit engagieren sich die meisten Menschen in Deutschland, im lokalen Bürgerengagement, der Justiz und der beruflichen Interessenvertretung die wenigsten. Der Bereich der Pflege und des Gesundheitswesens liegt hier im unteren Bereich der Engagementquote.

Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sind deutschlandweit unter den Engagierten in der Pflege überproportional viele ältere, weibliche, gut qualifizierte, bereits im Ruhestand befindliche Personen, die in Ein- bis Zweipersonenhaushalten im ländlichen Raum bzw. verdichteten Umland leben. 58 Prozent der im Gesundheitswesen Engagierten sind Frauen. Noch aus-

²¹ Engagementstrategie Baden-Württemberg

geprägter ist der Frauenanteil mit über 66 Prozent bei Personen, die sich in der Pflege engagieren.²²

Im Juni 2014 wurde die Engagementstrategie Baden-Württemberg gestartet, die das Ziel hat, bürgerschaftliches Engagement unter Mitwirkung aller Akteure durch verbesserte Rahmenbedingungen zu stärken, neue Engagierte zu gewinnen und gemeinsam eine solidarische und vielfältige Gesellschaft zu gestalten, die Teilhabe ermöglicht.

Herausforderungen

Pflege, Betreuung und Alltagsunterstützung werden in Zukunft nicht allein mit professionellen Diensten zu bewältigen sein. Im Vorfeld und Umfeld der Pflege werden daher viele Menschen benötigt, die sich bürgerschaftlich engagieren.

Eine gute Pflege vor Ort braucht lokale Partnerschaften und zivilgesellschaftliches Engagement. Es ist notwendig, dass die bereits vorhandenen Initiativen, bürgerschaftlich tätige Organisationen und professionelle Angebote vernetzt werden. Gerade im Bereich der stationären Pflege betrachtet es die Enquetekommission als Chance, dass durch die Einbindung von bürgerschaftlich Engagierten und Angehörigen in stationäre Pflegeeinrichtungen das soziale Miteinander und die Autonomie der Bewohnerinnen und Bewohner gestützt werden kann. Die Enquetekommission erachtet es dabei als notwendig, dass die ehrenamtliche Tätigkeit begleitet und gesteuert wird, um eine Überforderung der bürgerschaftlich Engagierten zu vermeiden.

Grundsätzlich soll bürgerschaftliches Engagement in der gesellschaftlichen Diskussion positiv beleuchtet werden, um das große Potenzial und den Wert für die persönliche Entwicklung und die Gesellschaft darzulegen. Hierzu sollte eine wertschätzende Anerkennungskultur ermöglicht und ausgebaut werden.

Es ist der Enquetekommission an dieser Stelle ein besonderes Anliegen, auch auf die Chancen und Möglichkeiten für ältere Menschen hinzuweisen. Es muss älteren Menschen vermittelt werden, dass sich gerade beim Eintritt in den dritten Lebensabschnitt Raum für bürgerschaftliches Engagement ergibt und welche Vorzüge es hat, die eigenen persönlichen Fähigkeiten für das Gemeinwohl einzusetzen.

Die Engagementstrategie des Landes ist ein Weg, die Vernetzung der Initiativen umzusetzen.

Die Enquetekommission erachtet eine kontinuierliche Bürgerbeteiligung und ein kontinuierliches bürgerschaftliches Engagement für die Quartiersentwicklung als unerlässlich. Daher sollten diese im Rahmen einer gezielten Quartiersentwicklung sinnvoll miteinander verknüpft werden. Dazu sollten Methoden für partizipative Quartiersarbeit entwickelt werden. Weitere Ausführungen hierzu werden im Abschnitt 3.3.8 „Lebensraum Quartier“ vorgenommen.

Handlungsempfehlungen

Um den Ausbau, eine strukturierte Planung und die Koordination des bürgerschaftlichen Engagements zu ermöglichen sowie eine Überforderung zu vermeiden, empfiehlt die Enquetekommission:

- a) die bessere Vernetzung des Landes und der Kommunen mit den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, Verbänden und Kirchen.
- b) Für die Begleitung und Steuerung von bürgerschaftlichem Engagement professionelle Koordinatorinnen und Koordinatoren einzusetzen. Hierzu sollen die Kommunen eine professionelle Begleitung für Initiativen von ehrenamtlich Engagierten bereitstellen.

²² Zentrum für Qualität in der Pflege 2013: Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix

Die familiäre Pflege und die professionelle Pflege in Deutschland müssen stärker durch bürgerschaftliches Engagement ergänzt werden. Hierzu nimmt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen vor:

- a) Die Enquetekommission regt an, die verstärkte Einbindung von Angehörigen und bürgerschaftlich Engagierten in die Alltagsgestaltung der Wohnbereiche von stationären Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen. Hierzu müssen Einrichtungen Engagierte akzeptieren und zulassen. Dies kann beispielweise durch geeignete Konzepte oder durch eine professionelle Begleitung gefördert werden.
- b) Die Enquetekommission schlägt vor, bürgerschaftliches Engagement besonders auch zur Förderung gesellschaftlicher Kontakte und damit gegen Vereinsamung einzusetzen. Hier sind beispielsweise zugehende Kontakte denkbar. Dadurch kann ein wichtiger Beitrag zur Prävention von Erkrankung und Pflegebedürftigkeit sichergestellt werden.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung zu prüfen, in welcher Form eine Anerkennung bürgerschaftlichen Engagements sinnvoll und möglich ist, um die Attraktivität zu steigern und mehr Menschen dafür zu gewinnen.
- d) Es sollen Fortbildungsprogramme konzipiert und initialisiert werden, um die Engagierten entsprechend zu qualifizieren.
- e) Betriebe sollen Informationen zu den Möglichkeiten des Engagements im Ruhestand anbieten und dazu ermuntern.
- f) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Umsetzung der Engagementstrategie zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements im Vor- und Umfeld von Pflege.

3.3.5 Wohnen und Wohnumfeld in Baden-Württemberg

Bei Betrachtung des Zeitraums von 2001 bis 2013 sind für das gesamte Land 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 Prozent (ambulante Pflege: 20,7 Prozent; Pflegegeldempfänger: 47,5 Prozent) und für die stationäre Pflege 31,8 Prozent zu verzeichnen. Für das Jahr 2013 verzeichnete die häusliche Pflege einen Anteil von 69,6 Prozent (ambulante Pflege: 21,2 Prozent; Pflegegeldempfänger: 48,4 Prozent), und demzufolge entfielen 30,4 Prozent der Menschen mit Pflegebedarf auf die stationäre Pflege. Somit kann für das Land Baden-Württemberg eine Konstanz bezüglich der Verteilung auf die Bereiche der häuslichen und stationären Pflege festgestellt werden, da im Zeitraum von zwölf Jahren lediglich eine Verschiebung der Anteile um 1,4 Prozentpunkte beobachtet werden kann.

Gleichwohl gab es innerhalb des Zeitraums von 2001 bis 2013 Schwankungen bei der Inanspruchnahme der unterschiedlichen Leistungen und Versorgungsformen. Bei genauer Betrachtung lässt sich festhalten, dass es im Zuge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes zu einer Stärkung der häuslichen Pflege und insbesondere zu einer Zunahme des Anteils der Pflegegeldempfänger von 44,9 Prozent im Jahr 2007 auf 48,4 Prozent im Jahr 2013 kam. Ebenfalls kann ein leichter Anstieg um 1,5 Prozentpunkte der ambulant gepflegten Menschen beobachtet werden (2007: 19,7 Prozent; 2013: 21,2 Prozent).

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

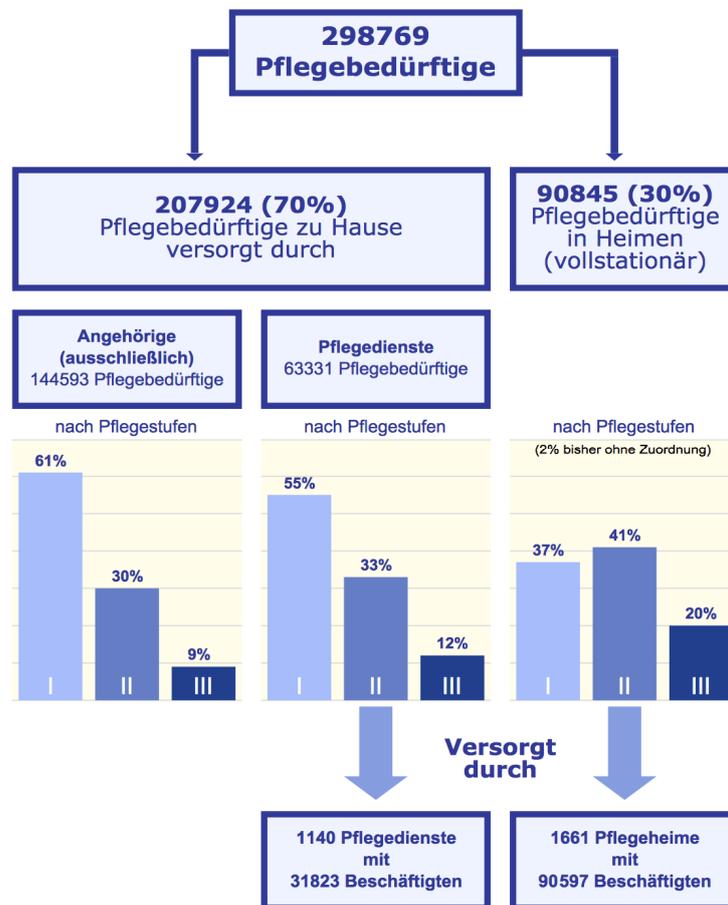


Abbildung 1: Eckdaten der Pflegestatistik in Baden-Württemberg 2013

3.3.6 Wohnen in der eigenen Häuslichkeit

Sachstand

Für eine Aussage zur weiteren Entwicklung der Zahl der ambulanten Pflegedienste muss vorrangig deren Personalsituation betrachtet werden. Von den Verbänden der Leistungserbringer wird berichtet, dass zahlreiche ambulante Pflegedienste Probleme haben, gutes und qualifiziertes Pflegepersonal zu finden, um Fachkraftstellen neu zu besetzen oder Fluktuation auszugleichen. Besondere Probleme bestehen im Bereich von Personal mit psychiatrischer Zusatzqualifikation. In Baden-Württemberg stehen im Pflegebereich heute einer arbeitssuchenden Fachkraft etwa drei gemeldete offene Stellen gegenüber.²³

Die Pflegefachkräftegewinnung ist in Baden-Württemberg insbesondere in den Ballungsräumen sowie im Grenzgebiet zur Schweiz schwierig. Von den Verbänden der Leistungserbringer werden sehr unterschiedliche Gründe hierfür angenommen: Die Bereitschaft, den Beruf zu erlernen und auch in der ambulanten Pflege auszuüben, ist stark abhängig von der regionalen Arbeitsmarktsituation. So wird in Regionen mit einer geringen Arbeitslosigkeit und guten Beschäftigungsmöglichkeiten (z. B. in der Industrie) ein spürbarer Rückgang von Bewerberinnen und Bewerbern für die Pflegeberufe festgestellt. Diese Situation trifft auch auf einige Regionen außerhalb der Ballungsräume zu.

Die Rahmenbedingungen für ambulant arbeitende Pflegekräfte sind oft schwierig. Nach Angaben der Anbieter habe in den letzten Jahren die Entwicklung der Kosten immer deutlich über der Entwicklung der Vergütungen gelegen. Eine zunehmende Arbeitsverdichtung in der Pflege führe zu einer Erhöhung des Krankenstands sowie auch zu einem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Beruf.

Tabelle 4: Pflegebedürftige in ambulanter Versorgung nach Pflegestufen (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg)

	Pflegestufen insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
2001	43.657	21.027	16.463	6.167
2003	47.083	22.901	17.723	6.459
2005	46.390	23.063	17.497	5.830
2007	46.684	24.077	17.031	5.576
2009	49.650	26.095	17.519	6.036
2011	57.617	31.103	19.628	6.886
2013	63.331	34.636	21.301	7.394

Insgesamt ist eine Tendenz weg von der Pflege durch Angehörige hin zur Pflege unter Beteiligung von ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen zu erkennen, wobei der häuslichen Pflege Vorrang eingeräumt wird. Diesen Trend bestätigen auch die aktuellen Zahlen des Statistischen Landesamts. So wurden 2009 noch 34 Prozent der Menschen mit Pflegebedarf in Baden-Württemberg in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt, im Jahr 2011 waren dies nur noch 32 Prozent.

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

²³ Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2015

Tabelle 5: Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger nach Pflegestufen (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg)

	Pflegestufen insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
2001	100.092	56.151	34.666	9.275
2003	103.339	59.059	34.540	9.740
2005	100.672	59.042	32.533	9.097
2007	106.363	63.141	33.573	9.649
2009	112.369	68.195	34.245	9.929
2011	132.708	80.331	40.459	11.918
2013	144.593	88.142	43.568	12.883

Vernetzung der Pflege- und Betreuungsleistungen

Herausforderungen

Es ist der Wunsch der meisten Menschen, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu wohnen. Dank des Angebotes der ambulanten Pflege kann dieser Wunsch oft erfüllt werden. Um dies zu ermöglichen, wird ein gutes und leistungsdifferenziertes Angebot benötigt. Dies setzt die Vernetzung der Pflege- und Betreuungsleistungen voraus.

Gute Betreuung durch ambulante Pflege, Angehörige, Engagierte und weitere externe Kräfte sowie ärztliche Betreuung und eine gezielte Präventionsstrategie helfen, Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Dazu müssen häusliche Pflegesettings und ihre spezifischen Bedarfe zukünftig stärker in den Blick genommen werden.

Der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit bis ins hohe Alter ist jedoch auch mit den Gefahren der Vereinsamung und der Verwahrlosung verbunden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Dienste sind oftmals die einzigen sozialen Kontakte der Menschen mit Pflegebedarf. Deshalb ist in diesem Arbeitsfeld der Aspekt der sozialen Teilhabe besonders wichtig. Die Enquetekommission betrachtet es daher als Zielsetzung, ein Unterstützernetz durch bürgerschaftliches Engagement zu schaffen und zu fördern, um beispielsweise Vereinsamung gezielt zu verhindern.

Die Enquetekommission ist der Ansicht, dass die Haushaltshilfe beziehungsweise Familienpflege als notwendiges familienunterstützendes System gestärkt werden sollte.

Handlungsempfehlungen

Der Bedarf an Unterstützung und Beratung für Menschen, die ambulante Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, steigt. Daher müssen geeignete Angebote entwickelt und vorgehalten werden. Die Enquetekommission gibt dazu folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, einen Runden Tisch oder ein Bündnis für häusliche Pflege einzuberufen, an dem alle Akteure des ambulanten Pflegesettings ein zukunftsfähiges Konzept für die ambulante Pflege erarbeiten.
- b) Die Enquetekommission sieht den Bedarf einer aufsuchenden Beratung und Begleitung, die die gesamte Lebenssituation der Menschen im Blick hat. Diese soll in Ergänzung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Arbeit der Pflegestützpunkte konzipiert werden. Des Weiteren soll die aufsuchende Sozialarbeit verstärkt und flächendeckend implementiert werden.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt, den Quartiersansatz auch im Sinne einer Dorfentwicklung zu stärken. Dabei geht es exemplarisch um die Koordinierung von Gesundheit und Sozialraumentwicklung. Eines von mehreren Zielen ist es, einer Vereinsa-

mung entgegenzuwirken. Im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes III soll die Bundesregierung hierzu die entsprechenden Rahmenbedingungen ermöglichen.

- d) Die Enquetekommission plädiert an den Gesetzgeber, den gemeinsamen Bundesausschuss sowie Leistungsanbieter und Kostenträger, bei der ambulanten pflegerischen Versorgung Veränderungen einzuleiten. Notwendig ist eine qualitative Ausdifferenzierung des Leistungsangebots, das der gesamten Bandbreite des im ambulanten Sektor vorfindbaren Bedarfs entspricht. Zur qualitativen Differenzierung des Dienstleistungsangebots zählt u. a. die Zusammenarbeit und Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsberufen sowie bürgerschaftlich Engagierten und Laienhelfern in Form von Modellen der integrierten Versorgung oder Dienstleistungsagenturen.
- e) Der ambulanten Pflege wohnen große präventive und rehabilitative Potenziale inne, die im Versorgungsalltag weitgehend ungenutzt bleiben. Wichtige Ressourcen für die Gesundheitserhaltung und Gesundheitssicherung gehen auf diese Weise verloren. Die Enquetekommission fordert von allen Beteiligten, hier eine Veränderung herbeizuführen. Dies verlangt Anpassungsbemühungen auf professioneller wie auch auf struktureller Ebene und die Schaffung angemessener Arbeitsbedingungen.

Altersgerecht Wohnen

Herausforderungen

Die Enquetekommission betrachtete es als Zielsetzung, Wohnungen und Häuser altersgerecht zu bauen bzw. vorausschauend altersgerecht zu sanieren. Im Pflegefall müssen Umbaumaßnahmen ermöglicht werden, die den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen.

Handlungsempfehlungen

Die Möglichkeit altersgerecht zu wohnen, ist eine wichtige Voraussetzung, um so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. Daher gibt die Enquetekommission diesbezüglich folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Enquetekommission setzt sich für eine Vernetzung aller Akteure, deren Aufgabenbereich und Kompetenzen in das Themengebiet des altersgerechten Wohnens fallen, ein. Dadurch soll ein intensiver Austausch über die Vorteile und Möglichkeiten altersgerechter Sanierungsmaßnahmen ermöglicht werden. Hierzu sollen durch die Landesregierung geeignete Strukturen angebahnt werden.
- b) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, eine Informationskampagne zu starten, die das Bewusstsein der Eigentümer für den Sinn altersgerechter Wohnungen im Blick hat.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, über altersgerechte Standards sowie die Möglichkeiten des altersgerechten Sanierens zu informieren. In diesem Zusammenhang soll die Wohnberatung in Bezug auf altersgerechtes Wohnen ausgebaut werden.
- d) Die Enquetekommission appelliert an die Eigentümer von Immobilien, Wohnungen altersgerecht zu bauen beziehungsweise zu sanieren und damit einen wichtigen Beitrag zur Ermöglichung des Verbleibs in der gewohnten Umgebung zu leisten.
- e) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Regelungen in §§ 35 und 39 LBO²⁴ zu evaluieren und weiterzuentwickeln.

²⁴ Landesbauordnung für Baden-Württemberg

- f) Die Enquetekommission regt an zu prüfen, ob die finanziellen Zuschüsse für „Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes“ der Menschen mit Pflegebedarf (§40 SGB XI) erhöht werden sollen.

Technikunterstützung

Herausforderungen

Die Enquetekommission betrachtet es als Herausforderung, alltagsunterstützende Technologien, die den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen, zu entwickeln und in die Anwendung zu bringen. Dabei sollten zum einen Technologien entwickelt werden, die Pflegekräfte bei ihrer täglichen Arbeit unterstützen. Zum anderen müssen alltagsunterstützende Technologien in der häuslichen Umgebung stärker gefördert werden.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission betrachtet alltagsunterstützende Technologien als sinnvolle Ergänzung der häuslichen Pflege, um den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Daher werden folgende Handlungsempfehlungen vorgenommen:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt, altersgerechte Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben (AAL) weiterzuentwickeln, Einsatzmöglichkeiten der Servicerobotik zu prüfen, Muster-Wohnungen mit AAL-Ausstattung zur Verfügung zu stellen sowie geeignete Modelle für eine erfolgreiche Markteinführung zu entwickeln und zu fördern. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass Assistenzsysteme Menschen und Sozialkontakte nicht ersetzen können und dürfen.
- b) Die Enquetekommission regt an, dass finanzielle Hilfen für einen altersgerechten Umbau, insbesondere auch im Hinblick auf neue Technologien, niederschwellig und in angemessener Höhe zur Verfügung stehen sollen. „Hilfe nach Maß“ soll dabei die Devise sein. Insgesamt sollen alltagsunterstützende Techniken unter Berücksichtigung der sich aus den Techniken neu ergebenden ethischen Fragestellungen stärker in den Vordergrund rücken.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt, Multiplikatoren als AAL-Lotsen oder Senioren-Technik-Botschafter zu qualifizieren, um gemeinsam mit dem örtlichen Handwerk über AAL zu informieren. Des Weiteren müssen Handwerksbetriebe in Bezug auf AAL geschult und sensibilisiert werden.

Pflegemonitoring

Herausforderungen

Im ländlichen Raum werden sich viele Konflikte und Engpässe schneller zeigen als in den dicht besiedelten Ballungsräumen. Daher ist eine gezielte Pflegeinfrastrukturplanung notwendig und muss ermöglicht werden.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung zu prüfen, ob die Einführung einer systematischen Datenerhebung mittels Pflegemonitoring eine zukunftssichere Struktur und Personalplanung im ambulanten Pflegesektor ermöglicht.

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, Rahmenbedingungen zu setzen, die Forschung im Bereich der ambulanten Versorgung fördern.

Finanzierung

Herausforderungen

Die ambulante Pflege steht vor großen Herausforderungen und muss für die Zukunft gestärkt werden. Um ein Überleben der ambulanten Pflegedienste zu sichern, bedarf es daher veränderter Rahmenbedingungen. Insbesondere für die Grundversorgung sollten neue Wege gefunden werden.

Die Enquetekommission betrachtet eine stabile, belastbare und verlässliche wirtschaftliche Basis als Grundvoraussetzung für die Anbieter ambulanter Dienstleistungen. Diese soll eine verlässliche Pflegepersonalplanung sowie tarifliche Bezahlung ermöglichen.

Handlungsempfehlungen

- a) Die Enquetekommission fordert eine verlässliche Finanzierung der ambulanten Pflege. Tarifbedingte Kostensteigerungen der ambulanten Pflegedienste müssen voll refinanziert werden. Tarifliche Bezahlung muss auch im Bereich des SGB V, wie bereits im Bereich der Pflegekassen im SGB XI, als wirtschaftliche Betriebsführung anerkannt werden.
- b) Die Enquetekommission setzt sich für die Schaffung einer flächendeckenden Versorgungsstruktur mit einer leistungsgerechten Vergütung über alle Kassenarten hinweg und für alle ambulant psychiatrisch tätigen Pflegedienste sowie der ambulanten Kinderintensivpflege ein. Kranken- und Pflegekassen müssen sich in den Vergütungsverhandlungen ihrer Verantwortung für die Menschen mit Pflegebedarf stellen. Die Finanzierung der ambulanten Dienste muss eine ganzheitliche Pflege ermöglichen.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt, eine Prüfung der Finanzierung der Familienpflege und Haushaltshilfe im Bereich des SGB XI mit dem Ziel einer Verbesserung der Refinanzierungssituation vorzunehmen.

Häusliche Krankenpflege

Herausforderungen

Die Enquetekommission betrachtet es als Herausforderung, die Übergänge zwischen der häuslichen Krankenpflege und einem Krankenhausaufenthalt und vice versa besser zu organisieren und professionell zu begleiten. Dies ist sowohl im Hinblick auf Beratung als auch im Hinblick auf die pflegerische und medizinische Versorgung notwendig. Die durch die Einführung der DRGs entstandene Versorgungslücke bei – mitunter zu frühen – Entlassungen aus dem Krankenhaus sollte geschlossen werden. Die in § 37 Abs. 1 SGB V vorgesehene Regelung zur Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes greift unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht mehr.

Bei der häuslichen Krankenpflege (HKP) gehen Aufwand und Ertrag weit auseinander. Die fehlende Refinanzierung der Leistungserbringung in der häuslichen Krankenpflege sollte ausgeglichen werden.

Das Antrags- und Genehmigungsverfahren für die HKP ist aufwändig und wird von vielen Beteiligten als belastend erlebt. Der Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen führt teilweise zu Ablehnungsbescheiden, die medizinisch nicht haltbar sind. Die formalen Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen, die lediglich ein Zeitfenster von drei Tagen für die ärztliche Verordnung, die Unterzeichnung durch die Patientinnen und Patienten und die Bearbeitung durch den Pflegedienst sowie den Versand an die Kostenträger vorsehen, führen dazu, dass die Pflegedienste die erbrachten Leistungen nicht in vollem Umfang bezahlt bekommen. Diese Rahmenbedingungen gefährden die gewachsenen und gut ausgebauten Strukturen der häuslichen Krankenpflege in Baden-Württemberg.

Die Enquetekommission betrachtete es daher als Zielsetzung, die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten, Krankenkassen und Pflegediensten zu verbessern. Insbesondere der Verordnungsprozess muss vereinfacht werden.

Handlungsempfehlungen

Um die Häusliche Krankenpflege als wichtige Säule der ambulanten Pflege zu erhalten und auszubauen, nimmt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen vor:

- a) Das Genehmigungsverfahren innerhalb der Häuslichen Krankenpflege muss optimiert werden. Modellvorhaben zum Bürokratieabbau innerhalb der Häuslichen Krankenpflege sind flächendeckend umzusetzen.
- b) Pflegefachkräfte sollen auch für den Bereich der Häuslichen Krankenpflege gezielt akquiriert werden.
- c) Das Image der Häuslichen Krankenpflege und der ambulanten häuslichen Pflege und die Attraktivität dieser Arbeitsfelder soll verbessert werden. Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, hierfür in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Leistungserbringer der Häuslichen Krankenpflege und der ambulanten häuslichen Pflege entsprechende Konzepte zu entwickeln.
- d) Für das pflegerisch-medizinische Übergangsmanagement zwischen Häuslicher Krankenpflege und Krankenhaus sollen verbindliche Regelungen getroffen und eine verbindliche Refinanzierung konzipiert werden.
- e) Die Personalkosten in der Häuslichen Krankenpflege sollen refinanziert werden.
- f) Die einzelnen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege sollen monetär aufgewertet werden.
- g) Die Enquetekommission Pflege empfiehlt der Landesregierung, die Weiterentwicklung des Modellversuchs „Verordnung Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V“ (vdek) und des Entbürokratisierungsprojektes der AOK Südlicher Oberrhein, Katholische Sozialstation Freiburg und der Sozialstation Südlicher Breisgau zu unterstützen.
- h) Die formalen Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen sollen dahingehend überarbeitet werden, dass tatsächlich von den Pflegediensten erbrachte Leistungen auch von den Krankenkassen erstattet werden.
- i) Der Aufbau von Doppelstrukturen und Überschneidungen zwischen der flächendeckenden HKP-Versorgung und einer aufsuchenden Versorgung durch Hausarztpraxen soll vermieden werden.

Spezialisierte ambulante Pflege

Herausforderungen

Die Enquetekommission ist der Ansicht, dass das Angebot spezialisierter ambulanter Pflege zukünftig ausgebaut werden muss, um das grundsätzliche Ziel, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, zu ermöglichen und qualitativ hochwertige, flächendeckende Angebote anbieten zu können. Hierbei sind speziell auch die Angebote der palliativen Versorgung nicht in ausreichendem Maße flächendeckend vorhanden.

In Baden-Württemberg gibt es derzeit lediglich 13 ambulante psychiatrische Pflegedienste. Damit kann eine flächendeckende Versorgung nicht realisiert werden. Aktuell bestehen nur

mit einer Kassenart und ausgewählten Diensten gesonderte Vergütungsvereinbarungen, die derzeit neu verhandelt werden. Die Zielsetzung ist daher, die ambulante psychiatrische Pflege in Baden-Württemberg auszubauen.

Handlungsempfehlungen

- a) Die Enquetekommission empfiehlt den Anbietern ambulanter Pflege, Pflegefachkräfte in Bezug auf ambulante palliative Pflege fortzubilden.
- b) Die Enquetekommission regt an, die Angebote der Palliativversorgung in der ambulanten Pflege zu verankern und die flächendeckende Versorgung durch ambulante Kinderintensivpflege zu ermöglichen.
- c) Die Enquetekommission regt bei den Rahmenvertragspartnern die Aushandlung eines gesonderten Rahmenvertrags für die psychiatrische Krankenpflege und Zusatzvereinbarungen, über die die Leistungen vergütet werden, an.

3.3.7 Wohnen im Pflegeheim

Sachstand

In Baden-Württemberg lebten nach Erhebungen des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg im Jahr 2013 von insgesamt 298.769 Menschen mit Pflegebedarf 90.845 in vollstationären Versorgungsformen.

Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg hat eine „Vorausrechnung bis 2030 und 2050: Pflegebedürftige, Pflegearten und Pflegepersonal“ veröffentlicht, nach der die Zahl der vollstationär versorgten Menschen mit Pflegebedarf bis 2030 auf fast 130.000 steigen könnte und damit um 54 Prozent. Dieser Vorausrechnung liegen die Ergebnisse der Pflegestatistik 2011 und die Annahme zu Grunde, dass die derzeitigen Pflegewahrscheinlichkeiten in den kommenden Jahren unverändert bleiben werden (Status-quo-Szenario). Durch den sozialraumorientierten Ausbau der Versorgungsstruktur von Unterstützung, Betreuung und Pflege deutet sich jedoch eine veränderte Entwicklung an. Schon jetzt belegen Zahlen des Statistischen Landesamtes einen Trend von stationärer zu ambulanter Pflege. So wurden 2009 noch 34 Prozent der Menschen mit Pflegebedarf in Baden-Württemberg in vollstationären Pflegeeinrichtungen betreut, im Jahr 2013 waren dies nur noch 30 Prozent.

Tabelle 6: Pflegebedürftige in vollstationärer Versorgung nach Pflegestufen (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg)

	Pflegestufen insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
2001	65.232	21.228	30.116	11.728
2003	70.842	24.152	32.430	13.141
2005	75.298	26.807	33.632	13.075
2007	80.311	30.351	34.563	13.442
2009	84.019	31.967	35.471	14.877
2011	87.970	33.743	35.761	16.476
2013	90.845	33.862	36.888	18.063

Im Zeitraum von 2001 bis 2013 ist die Zahl der Altenpflegeeinrichtungen im Land von 944 auf 1.661 angestiegen, was einem Zuwachs von 76 Prozent entspricht. Die Platzkapazität in diesen Einrichtungen hat sich in den Jahren von 2001 bis 2013 um 46 Prozent von 72.806 auf 106.233 Plätze erhöht, wobei hierbei auch Kurzzeit- und Tagespflegeplätze beinhaltet sind. Die Auslastung vollstationärer Plätze in Baden-Württemberg liegt aktuell bei ca. 89 Prozent.²⁵

²⁵ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2015

Bereits 2008 wurde in den stationären Pflegeeinrichtungen des Landes der Platzbestand in Doppelzimmern um schätzungsweise 2 bis 3 Prozent des derzeitigen Bestandes, d. h. um ca. 800 bis 1.200 Plätze pro Jahr reduziert. Die Fortsetzung dieses Trends wird durch die aktuellen Angaben des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg bestätigt. So waren Ende 2009 insgesamt 58 Prozent der vollstationären Pflegeplätze Einbettzimmer, Ende 2011 waren es bereits rund 61 Prozent.

Tabelle 7: Pflegeheime und verfügbare Plätze in Baden-Württemberg (Gesundheitsberichterstattung des Bundes)

	Träger insgesamt		Private Träger		Freigemeinnützige Träger		Öffentliche Träger	
	Pflegeheime	Verfügbare Plätze	Pflegeheime	Verfügbare Plätze	Pflegeheime	Verfügbare Plätze	Pflegeheime	Verfügbare Plätze
2001	944	72.806	297	17.150	532	44.818	115	10.838
2003	1.135	81.328	409	22.158	611	48.885	115	10.285
2005	1.228	86.587	427	24.091	681	51.654	120	10.842
2007	1.384	95.238	468	26.673	793	58.298	123	10.267
2009	1.466	101.297	488	28.862	868	61.760	110	10.675
2011	1.543	103.745	491	29.731	912	63.390	140	10.624
2013	1.661	106.233	528	30.897	1.015	65.709	118	9.627

Verweildauern

Zur Entwicklung der Verweildauer von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeeinrichtungen werden bislang in Deutschland und in Baden-Württemberg keine systematischen Daten erhoben.

Für das Land Baden-Württemberg hält der Landespflegeplan 2000 Angaben zur Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen vor.²⁶ Demnach betrug die durchschnittliche Gesamt-Verweildauer der erfassten 3.259 Bewohnerinnen und Bewohner, die im Jahr 1998 verstarben, etwa 2,8 Jahre.

Das im Rahmen der Enquetekommission durchgeführte Gutachten der Katholischen Hochschule Freiburg weist für Baden-Württemberg eine ähnliche Verweildauer aus. Damit ist die Verweildauer in Baden-Württemberg deutlich unter dem bundesweiten Wert von 3,9 Jahren. Grundsätzlich ist nach den derzeitigen Erkenntnissen und Entwicklungen davon auszugehen, dass die Verweildauer in den stationären Pflegeeinrichtungen sinkt.

Da zunehmend mehr Menschen mit schwerwiegenden Erkrankungen und auch Menschen mit Pflegebedarf in der Nähe des Lebensendes nach der Krankenhausbehandlung nicht in die eigene Häuslichkeit zurückkehren können, ist die Übersiedlung in eine stationäre Pflegeeinrichtung und ein eher kurzer Verbleib bis zum Tode eine häufiger werdende Folge. Damit hat sich auch der Bedarf an palliativpflegerischen und palliativmedizinischen Maßnahmen in der stationären Altenpflege außerordentlich erhöht. Das hebt das Anforderungsprofil an das Pflegepersonal.

Pflegeinfrastruktur sicherstellen

Herausforderungen

Die Enquetekommission betrachtet es als Herausforderung, zukünftig flächendeckende und wohnortnahe gemeinde- und stadtteilbezogene Angebotsstrukturen in der Pflege sicherzustellen. Dabei sollte auch die stationäre Pflegeinfrastruktur mit jeweils möglichst kleinräumigen Versorgungsräumen wohnortnah vorhanden sein. Die Übergänge zwischen stationär und ambulant organisierten Wohngemeinschaften sollten möglichst fließend gestaltet sein.

²⁶ Sozialministerium Baden-Württemberg 2000

Um dies zu ermöglichen, müssen die Grundlagen für eine Pflegeinfrastrukturplanung auf kommunaler Ebene geschaffen werden.

Handlungsempfehlungen

- a) Die stationäre Pflege wird auch in Zukunft als eine Säule in der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf benötigt. Die Einrichtungen brauchen dazu Rahmenbedingungen, die ihnen eine fachlich gute und wirtschaftlich tragfähige Arbeit ermöglichen. Die Enquetekommission fordert die Landesregierung auf, dies bei der Setzung der Rahmenbedingungen im Ordnungsrecht und sonstigen Rechtsbereichen zu berücksichtigen. Ebenso wird an die Bundesregierung appelliert, die Rahmenbedingungen im Leistungsrecht anzupassen.
- b) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, ihr Leistungsspektrum auf unterschiedliche örtliche Bedarfe abzustimmen.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Prüfung der Einführung eines Pflegemonitorings zur Erfassung struktureller Entwicklungen und zur Ermöglichung einer gezielten Planung der benötigten Infrastruktur auf kommunaler Ebene.
- d) Die Enquetekommission begrüßt die Stärkung der kommunalen Planungskompetenz durch die Umsetzung der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege.

Kosten stationärer Pflege

Herausforderungen

Die Kosten für Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen sind in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Die Enquetekommission betrachtet es daher als Herausforderung, auch zukünftig bezahlbare Pflegeplätze in Baden-Württemberg anbieten zu können.

Der durch das Landesrecht vorgegebene Abbau von Doppel- und Mehrbettzimmern stellt für etliche Träger eine Herausforderung dar. Hierzu bedarf es aus Sicht der Enquetekommission einer Prüfung unterschiedlicher Unterstützungsmöglichkeiten, die eine Entlastung ermöglichen.

Als wichtige Voraussetzung für eine flächendeckende Angebotsstruktur betrachtet die Enquetekommission die Ermöglichung einer verlässlichen Planung der Einrichtungsträger. Dies sollte unter anderem durch die Landesheimbauverordnung (LHeimBauVO) ermöglicht werden.

Die Umsetzung der LHeimBauVO wirkt sich auch auf die Investitionskosten der stationären Einrichtungen aus. Seit längerer Zeit wird im Lande vergeblich versucht, sich auf gemeinsame Parameter zu verständigen.

Vielen kleinen Trägern ist es nicht möglich, die für eine Anpassung oder Sanierung nötigen Finanzmittel als Fremdkapital zu erschließen, da es keine öffentliche Förderung gibt.

Handlungsempfehlungen

- a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, an der 2009 festgeschriebenen grundsätzlichen Einzelzimmervorgabe festzuhalten und wie bisher Ausnahmen entsprechend der Festlegung in der LHeimBauVO zu gewähren. Die vorhandenen Spielräume für eine flexible Handhabung der Grenzwerte sollen genutzt werden, so dass eine auf die örtliche Situation sinnvoll angepasste Gestaltung möglich ist.

- b) Auch auf die wirtschaftliche Nichtzumutbarkeit bei kleineren Einrichtungen soll nach Abwägung bei Bedarf flexibel reagiert werden können.
- c) Die Enquetekommission regt an zu prüfen, ob die Möglichkeit besteht, dass sich das Land – z. B. über die L-Bank²⁷ – an der Gestaltung von Sicherheiten für bauliche Maßnahmen beteiligen kann.
- d) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Weiterentwicklung des WTPG und keine grundsätzliche Abkehr der im WTPG vorgenommenen Neuausrichtungen.

Wahrnehmung und Einbindung in die Öffentlichkeit

Herausforderungen

Pflegeheime haben des Öfteren mit dem Vorurteil einer „totalitären Institution“ zu kämpfen. Um dem entgegen zu wirken, setzt sich die Enquetekommission für eine gemeinwesenorientierte Öffnung ein. Dies kann unter Einbindung von bürgerschaftlichem Engagement in den Alltag der stationären Pflegeeinrichtung stattfinden (hierzu auch Abschnitt 3.3.4 „Bürgerschaftliches Engagement“). Eine weitere Möglichkeit ist es, Pflegeheime an zentralen, belebten Standorten zu errichten, damit die Bewohnerinnen und Bewohner auch passiv am öffentlichen Leben Anteil nehmen können.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt, die Vernetzung und Öffnung der stationären Pflegeeinrichtungen mit dem Gemeinwesen auszubauen. Dazu sollen Angebote geschaffen werden, zu denen Interessierte von außen kommen können, z. B. Singkreise, Erzählcafés u. ä.

Lebensqualität und Qualitätssicherung

Herausforderungen

Die Sicherung der Pflegequalität ist der Enquetekommission ein wichtiges Anliegen. Diesbezüglich ist jedoch anzumerken, dass die immer weitere und ausdifferenzierte Ausarbeitung von Regeln und Regelungen möglicherweise ausschließlich zum Ziel des höchsten Schutzes führt und nicht dem Bedürfnis der Selbstbestimmung und Entfaltung der Persönlichkeit auch bei bestehendem Pflegebedarf dient.

Nach Ansicht der Enquetekommission sollte die Normalisierung des Alltags in stationären Einrichtungen eine wichtige Zielsetzung sein. Die Sicherung von Lebensqualität, Individualität, Autonomie und Teilhabe sind dabei als wichtige Grundsätze zu beachten. Ein Umzug in ein stationäres Pflegesetting sollte keinesfalls mit der Aufgabe des gewohnten Lebensstils oder des gewohnten Lebensumfelds verbunden sein. Es ist daher als Herausforderung zu betrachten, zukünftig höhere Anforderungen an die Individualität der Pflege- und Betreuungsarrangements zu berücksichtigen und eine wohnortnahe Versorgung zu ermöglichen.

Die Bewertungen des MDK für die stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg sind wenig aussagekräftig. Es müssen neue Wege der Qualitätsprüfung und der Leistungstransparenz gefunden werden. Ziel sollte ein transparentes Bewertungssystem für Pflegeheime mit einer Stärkung des Verbraucherschutzes sein.

²⁷ L-Bank ist die Staatsbank von Baden-Württemberg

Handlungsempfehlungen

- a) Die Enquetekommission regt an, ein neues Verfahren zur Bestimmung von Prüfkriterien zu etablieren. Bevor weitere Regelungen „zum Schutz der Menschen mit Pflegebedarf“ erlassen werden, muss nachgewiesen werden, inwieweit diese zu mehr Selbstbestimmung und Lebensqualität beitragen.
- b) Regelungen, die zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner gedacht sind, sollen auch im Hinblick auf ihre Wirkung hinsichtlich der Selbstbestimmung und der Lebensqualität reflektiert werden (zum Beispiel Brandschutz, Hygiene, Möblierung).
- c) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, individuelle Angebote als Leitziel der Einrichtungen zu definieren und entsprechende Konzepte zu verfolgen. Individualität, Autonomie, Teilhabe, Privatheit und Wohnortnähe müssen feste Bezugspunkte bei der Angebotsentwicklung sein. Dazu sollen die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner eruiert und so weit als möglich berücksichtigt werden.
- d) Die Enquetekommission empfiehlt die verstärkte Einbindung von Angehörigen und bürgerschaftlich Engagierten in den Alltag der Einrichtungen.
- e) Grundsätzlich begrüßt die Enquetekommission die Öffnung stationärer Pflegeeinrichtungen in Richtung Quartier sowie eine zielgerichtete Einbindung in das Gemeinwesen.
- f) Die Enquetekommission fordert, eine gut erreichbare Lage, überschaubare Gruppengrößen sowie überschaubare Einrichtungsgrößen bei der Konzeption von Einrichtungen zu berücksichtigen.
- g) Es soll auf die Qualität des Essens geachtet und individuelle Bedürfnisse auch bei der Ernährung berücksichtigt werden.
- h) Bei der Bewertung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg sollen Kriterien angelegt werden, die objektivierbar, nachvollziehbar und transparent sind. Die bislang verwendeten Kriterien des „Pflege-TÜV“ erscheinen hierzu wenig geeignet. Daher soll ein neues Verfahren entwickelt werden. Die Enquetekommission begrüßt den dazu im PSG II eingeschlagenen Weg.
- i) Die formelle Kontrolle durch MDK und Heimaufsicht soll durch informelle Kontrolle beispielsweise durch Familienangehörige, bürgerschaftlich Engagierte oder das nachbarschaftliche Netzwerk ergänzt werden. Dies kann durch eine Öffnung der stationären Pflegeeinrichtungen erreicht werden.

Medizinische Versorgung

Herausforderungen

Die ärztliche Betreuung in den stationären Pflegeeinrichtungen, gerade im fachärztlichen Sektor, ist nach wie vor ein unzureichend abgedeckter Bereich. Gründe dafür sind u. a. geringe Abrechnungsmöglichkeiten und mangelnde Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Um angesichts der Ärztenknappheit eine hinreichende ärztliche Versorgung und Betreuung nicht dem Zufall zu überlassen, müssen dringend notwendige Anreize und Grundlagen geschaffen werden.

Weiter ist die Enquetekommission der Ansicht, dass Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen von den Krankenkassen übernommen werden muss.

Handlungsempfehlungen

- a) Die Enquetekommission empfiehlt eine Verbesserung der ärztlichen Versorgungssituation in den stationären Pflegeeinrichtungen. Hier ist besonders für bessere Arbeitsbedingungen und eine attraktivere Vergütung beim Einsatz von Ärztinnen und Ärzten beziehungsweise Hausbesuchen in stationären Pflegeeinrichtungen zu sorgen. Dazu schlägt die Enquetekommission einheitliche Verträge für die heimärztliche Versorgung vor. In einem ersten Schritt ist dazu die Einrichtung eines Runden Tisches geeignet mit dem Ziel, auf Landesebene einen einheitlichen Versorgungsvertrag auf den Weg zu bringen.
- b) Die Enquetekommission regt eine verstärkte Integration von Arztpraxen in stationäre Pflegeeinrichtungen an. Weiter sollen Kooperationen zwischen Pflegeheimen und Fachärztinnen sowie Fachärzten gefördert werden.
- c) Die Enquetekommission sieht aufgrund der derzeitigen Entwicklungen die Notwendigkeit, § 119b SGB V (stationäre Pflegeeinrichtungen können vom Zulassungsausschuss ermächtigt werden, an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten mit angestellten Ärztinnen und Ärzten teilzunehmen, wenn Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern innerhalb von sechs Monaten nicht zustande gekommen sind) zu evaluieren und fortentwickeln.
- d) Die Enquetekommission regt die Kompetenzerteilung für einen weiter zu bestimmenden Teil der medizinischen Versorgung an das Pflegepersonal an.
- e) Die Enquetekommission empfiehlt die Schaffung eines gesetzlichen Rahmens für den Einsatz von qualifizierten „Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten“ (Advanced Nursing Practice), die teilweise Aufgaben der Hausärztinnen und Hausärzten in Pflegeeinrichtungen übernehmen können, inklusive eines gesetzlichen Refinanzierungsrahmens.
- f) Zu der Schnittstelle von SGB V und XI soll es Regelungen geben, die beinhalten, dass die Krankenversicherung Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen zumindest mitfinanziert.
- g) Bezüglich der (akademischen) Ausbildung siehe Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“.

Personal in Einrichtungen

Herausforderungen

Die Personalbemessung für die stationäre Altenhilfe muss dringend reformiert werden. Die Personalschlüssel müssen den aktuellen Anforderungen angepasst werden. Die aktuellen Regelungen zur Pflegefachkraftquote verhindert zuweilen die Einstellung von geeigneten, qualifizierten Personen, die keine Pflegefachkraft sind, jedoch im Rahmen des Care-Mix durchaus zu einer Normalisierung und Verbesserung der Lebensqualität im stationären Setting beitragen könnten.

Weitere Ausführungen hierzu im Kapitel 3.5 „Arbeitsbedingungen“.

Auszubildende für den Altenpflegeberuf sind schwer zu finden. Es besteht die Sorge, dass die zukünftige Ausbildung den Personalmangel in der Altenpflege noch vergrößern wird. Weitere Ausführungen hierzu im Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“.

Aufgrund des prognostizierten Fachkräftemangels müssen Strategien entwickelt werden, die eine Pflegepersonalplanung ermöglichen. Hierbei kommen die zunehmend erschwerten Rahmenbedingungen, wie ein höherer Anteil an Menschen mit Demenz, der einen intensiveren Betreuungsbedarf und höheren Personalbedarf mit sich bringt, zu tragen.

Handlungsempfehlungen

Der Personalschlüssel muss an die aktuellen Anforderungen angepasst und refinanziert werden. Hierzu gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Mehr Personal ist eine wichtige Voraussetzung für eine bessere Pflege, daher ist die Personalausstattung durch eine Erhöhung der Personalrichtwerte, die mit einer entsprechenden Refinanzierung verbunden sein muss, zu verbessern. Mehr dazu im Abschnitt 3.5.3 „Personalschlüssel, Personalmix, Qualifikationsmix“.
- b) Die Enquetekommission regt die Prüfung einer verbindlichen gesetzlichen Festlegung der Personalbemessung für stationäre Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene an.
- c) Einrichtungen muss die Einstellung und Beschäftigung von Quereinsteigerinnen und Quereinsteigern erleichtert werden.
- d) Grundsätzlich sind die Einrichtungen gefragt, sich als attraktive Arbeitgeber zu präsentieren. Hierbei können die Qualitätskriterien für Magnetinstitutionen eine wertvolle Orientierung bieten.
- e) Die Enquetekommission setzt sich bei der Landesregierung dafür ein, dass die Verlagerung der Tätigkeiten auf Fachkräfte und Assistenzkräfte, inklusive ungelerner Arbeitskräfte, nur erfolgen darf, soweit dies fachlich vertretbar ist, d.h. sie darf nicht zu einem Absenken der hohen Pflegequalität in Baden-Württemberg führen. Der Weg, der mit der Landesheimpersonalverordnung eingeschlagen wurde, soll fortgesetzt werden.
- f) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Landesheimpersonalverordnung bis Ende 2018 zu evaluieren und fortzuentwickeln.
- g) Die Enquetekommission empfiehlt, die Ausbildungsinhalte auf die veränderten Anforderungen wie Demenz, Multimorbidität etc. anzupassen. Weitere Ausführungen hierzu im Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“.
- h) Die Enquetekommission fordert die Landesregierung auf, hinreichend qualifiziertes Personal durch Fachkraftquoten zu sichern. Eine Evaluation des WTPG nach § 34 wird empfohlen. Soweit erforderlich, soll eine Anpassung vorgenommen werden.
- i) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Einführung eines Pflegemonitorings zur Personalplanung in der Altenhilfe zu prüfen.

3.3.8 Lebensraum Quartier

Herausforderungen

Die Quartiersentwicklung in Baden-Württemberg bedarf an mehreren Stellen einer Weiterentwicklung. In Quartierskonzepten dürften die meisten Potenziale liegen, Menschen mit Pflegebedarf eine in die Gesellschaft integrierende, lebensstilorientierte Versorgung zu bieten. Diese gilt es in der Zukunft voll auszuschöpfen.

Damit möglichst viele Menschen in ihrem Wohnort oder in Wohnortnähe alt werden können, ist anzustreben, dass in einem Quartier verschiedene Formen der Betreuung und Pflege angeboten werden und diese gut miteinander vernetzt sind. Gerade das direkte Lebensumfeld kann und muss für ältere Menschen Anlaufstellen bieten, um die Möglichkeiten der Prävention kennenzulernen und wahrzunehmen. Solche Angebote müssen in einer hinreichenden Dichte auf kommunaler Ebene geschaffen werden. Quartiersansätze sind auf den Bedarf vor Ort an-

zupassen. In den Quartieren oder zumindest in den betreffenden Stadtteilen sollten Angebote der Grundversorgung gewährleistet sein.

Ferner sind die Selbstverantwortungskräfte, Eigeninitiative und gegenseitige Hilfe in einem Quartier oder Dorf zu aktivieren und zu stärken. Der Mobilität im Quartier – Barrierefreiheit und ÖPNV-Anbindung – kommt eine wichtige Bedeutung zu. Es müssen altersgerechte Wohnstrukturen geschaffen werden. Bei der Wohnumfeldgestaltung sollten die Bedürfnisse von älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen stärker einbezogen werden. Mit der Quartiersentwicklung kann der Vereinsamung älterer Menschen entgegengewirkt werden.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sollten sich öffnen, in die örtlichen Strukturen und das jeweilige Quartier eingebunden sein und sich in Richtung Quartiershäuser entwickeln.

Durch die verstärkte Orientierung am Sozialraum wird auch die Partizipation der Bewohnerinnen und Bewohner am gesellschaftlichen Leben gefördert.

Quartiersentwicklung bedarf einer Koordination oder eines Quartiersmanagements. Sie erfordert eine kontinuierliche Abstimmung, Vernetzung und Aktivierung. Die Anbieter der Grundversorgung, Angehörige und bürgerschaftlich Engagierte sind einzubinden. Für das bürgerschaftliche Engagement ist eine Unterstützungsstruktur zu schaffen. Eine Gesamtstrategie für Quartiersentwicklung erfordert eine Flexibilisierung ordnungs- und leistungsrechtlicher Vorschriften.

Bei der Quartiersentwicklung ist die Rolle der Kommunen zu stärken. Hierfür könnte landesweit ein übergreifendes Musterkonzept für „Quartiersplanung/-entwicklung“ erarbeitet werden. Außerdem sollten Quartiersansätze hinsichtlich ihrer Wirkungen untersucht werden.

Die Finanzierung von Quartieren ist eine grundsätzliche Herausforderung. In den Bereichen „Soziale Arbeit“ und „Assistenz/Betreuung“ ist auch eine gute Personalausstattung notwendig. Dies ist Aufgabe des Gemeinwesens und kann nicht über Pflegesätze finanziert werden.

Handlungsempfehlungen

Aufklärung und Sensibilisierung

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung und den Kommunen, alle an der Quartiersentwicklung Beteiligten verstärkt für die Thematik zu sensibilisieren und durch entsprechende Informationen zu unterstützen.

Dies kann erfolgen durch Anlegung einer Datenbank und einer Methodensammlung mit Praxisbeispielen, Auflegen von Informationsbroschüren, Beratungsangebot für Initiativen und Kommunen, Informationsveranstaltungen, Unterstützung bei der Umsetzung sowie Erfahrungsaustausch und Qualifizierungsmaßnahmen für „Kümmerer“.

Quartiersentwicklung

Zum Vorgehen bei der Quartiersentwicklung gibt die Enquetekommission nachfolgende Empfehlungen ab:

- a) Der Bedarf an Quartiersentwicklungsmaßnahmen soll durch eine Quartiersanalyse vor Ort erhoben werden.
- b) Die Quartiersstrukturen sind zu untersuchen. Hierzu kommen die Aufstellung eines Sozialdatenatlasses oder eines Alterssurveys und ein Sozialdaten-Monitoring in Betracht.
- c) Die Bürgerinnen und Bürger sollen von Beginn an, zum Beispiel mittels einer Leitbildentwicklung, kontinuierlich in die Quartiersentwicklung einbezogen werden.

- d) Parallelstrukturen sollen vermieden werden. Die Quartiersentwicklungsmaßnahmen sollen bestehende Angebote an Beratung, an Begegnungsstätten, an Hilfe, Betreuung, Bildung, Kultur und bürgerschaftlichem Engagement u. ä. einbeziehen.
- e) Die Quartiersarbeit soll auf Dauer angelegt sein und alle lokalen Akteure (Kommune, Wohlfahrt, Einzelhandel, Arztpraxen, Finanzdienstleister, Unternehmen, Bürgerinnen und Bürger etc.) einbeziehen.
- f) Das bürgerschaftliche Engagement ist einzubinden. Menschen sind besonders nach dem Berufsaustritt ansprechbar. Sie können für die Nachbarschaft, für Seniorennetzwerke etc. gewonnen werden.
- g) Die Quartiersbezogenheit der Kirchen (zum Beispiel Kirchengemeinden, kirchlich organisierte Nachbarschaftshilfen, Besuchsdienstgruppen) soll genutzt werden.

Zudem wird den Kommunen empfohlen:

- a) Einen Verein für Quartiersmanagement bzw. Vereine für Quartiersmanagement in den Stadtteilen zu gründen.
- b) Eine „Quartierverwaltung“ mit einem „Quartiersmanagement“ als Organisations- und Ansprechperson einzurichten, welche u. a. bürgerschaftlich Engagierte im Quartier unterstützt.
- c) Alle Planungsentscheidungen, vor allem der Bauleitplanung, an der sozialen Quartiersplanung auszurichten. Es sollen dezentrale Strukturen geplant werden an Stelle von zum Beispiel weniger, großer Einkaufszentren.

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Zuständigkeiten für Quartiersentwicklung innerhalb der Landesregierung breit aufzustellen und einen Runden Tisch unter Beteiligung mehrerer Ministerien (MLR, MFW, SM etc.) zu gründen.

Quartiersgestaltung

Quartiere sollten überschaubare Sozialräume sein. In einem Quartier sollten möglichst Angebote ambulanter Dienste, Sozialstationen, ambulant betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften, Tagespflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflegeheime vorhanden sein.

Multifunktionshäuser bzw. geteilte Infrastrukturen können gerade in kleinen Kommunen sinnvoll sein. Räume könnten zu verschiedenen Zeiten von unterschiedlichen Anbietern genutzt werden, zum Beispiel durch Ärztinnen und Ärzte, Sozialstationen oder den Einzelhandel.

Im ländlichen Raum ist besonders auf die (Infra-)Strukturbewahrung und -entwicklung zu achten. Dies gilt vor allem für die Bereiche Verkehr und Mobilität, Gesundheitsversorgung, Einkauf, öffentliche Verwaltung etc.

Die Enquetekommission empfiehlt den Kommunen:

- a) Lokale Bündnisse zu initiieren.
- b) Aufsuchende Sozialarbeit zu leisten. Diese kann mit der Bewerbung von Angeboten im Quartier verknüpft werden.
- c) Internetplattformen aufzubauen, auf denen lokale Angebote aus Dienstleistung (zum Beispiel Friseur) und Handel (u. a. Hygieneartikel, Lebensmittel) zugänglich sind.

- d) Dezentrale Anbieter und Begleit- und Fahrdienste durch finanzielle Förderung, kostenlose/kostengünstige Bereitstellung von Infrastruktur (Multifunktionshäuser) oder durch Werbung zu unterstützen.
Zur Nahversorgung sind Kooperationsmärkte oder -läden (zum Beispiel CAP- oder BONUS-Märkte) anzustreben.
- e) Den Einsatz von rollenden Supermärkten, Bäckereien, Metzgereien, Gemüseläden zu unterstützen.
- f) Mobilität auch älteren Menschen zu ermöglichen. Der ÖPNV sollte zum Beispiel durch Einstiegshilfen gut nutzbar sein.
- g) Barrierefreiheit im öffentlichen Raum durch Aufzüge, Absenken der Bordsteine etc. zu schaffen.

Im privatwirtschaftlichen Raum werden Geschäfte und Unternehmen gebeten, Barrierefreiheit herzustellen.

Wirkung von Quartiersansätzen

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, Studien zur Wirkungsanalyse von Quartiersansätzen in Baden-Württemberg in Auftrag zu geben.

Schaffung altersgerechter Wohnstrukturen

Barrierefreies Bauen und die Anpassung des Bestands an Bedürfnisse von älteren Menschen und Menschen mit Behinderung sollen gefördert werden. Das Wohnraumförderprogramm soll für den sozialen und barrierefreien Wohnraum ausgebaut werden.

Weitere Ausführungen zum „altersgerechten Wohnen“ sind im Abschnitt 3.3.6 „Wohnen in der eigenen Häuslichkeit“ zu finden.

Im Rahmen der Flexibilisierung ordnungs- und leistungsrechtlicher Vorschriften sind neue innovative Wohn- und Betreuungsformen zuzulassen und zu unterstützen.

Einbindung stationärer Pflegeeinrichtungen

Die stationären Einrichtungen haben eine wichtige Bedeutung in der Quartiersentwicklung. Zu ihrer Öffnung und Einbindung in das Quartier gibt die Enquetekommission die folgenden Handlungsempfehlungen ab:

- a) Kommunen und Pflegeeinrichtungen sollen durch bauliche Maßnahmen die Kommunikation zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtungen, Angehörigen und Nachbarn unterstützen.
- b) Einrichtungen und Kommunen sollen durch zugängliche und einladende Treffpunkte mit Sitzgelegenheiten vor den Häusern die Begegnung und Kommunikation unterstützen, so dass Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und Nachbarn zwanglos miteinander ins Gespräch kommen können.
- c) Wenn bestimmte Strukturen vor Ort fehlen, könnten stationäre Pflegeeinrichtungen beispielsweise einen offenen Mittagstisch anbieten oder bestehende Einkaufsmöglichkeiten (Kiosk) für Quartiersbewohnerinnen und Quartiersbewohner öffnen.
- d) Der kommunikative und kulturelle Austausch zwischen Pflegeeinrichtungen, Vereinen, Organisationen und ehrenamtlich Engagierten, soll gefördert werden.
- e) Bei der Programmgestaltung in den Einrichtungen wird eine Zusammenarbeit mit Vereinen, Volkshochschule etc. begrüßt.

- f) Einzelne Veranstaltungsprogramme in den stationären Pflegeeinrichtungen sollen für Quartiersbewohnerinnen und Quartiersbewohner geöffnet werden.
- g) Vereine, Einrichtungen und Kommunen sollen niederschwellige gemeinsame Gruppenaktivitäten wie beispielsweise offene Singkreise, Qi-Gong-Gruppen oder Sitztanzkreise anbieten.

Stärkere Rolle der Kommunen

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung:

- a) In Zusammenarbeit mit den Kommunen eine Gesamtstrategie für Quartiersentwicklung in Baden-Württemberg zu erarbeiten, die Umsetzung moderierend zu begleiten und die Entwicklung von Quartierskonzepten in Kommunen durch Bereitstellung von fachlichen Informationen (z. B. Beratungsbüro auf Landesebene) zu unterstützen.
Die Gesamtstrategie Quartier lässt sich u. a. durch die Flexibilisierung ordnungs- und leistungsrechtlicher Vorschriften entwickeln. Quartierskonzepte müssen fester Bestandteil der Städtebauförderung sein. Soziale Nachbarschaftsnetze sind zu fördern. Es ist eine verlässliche Finanzierungsgrundlage zu bieten.
- b) Ein Musterkonzept für Quartiersplanung/-entwicklung zu erarbeiten und dessen Umsetzung durch Ko-Finanzierung von kommunalen Quartiersmanagementstrukturen zu fördern.
- c) Verlässliche, stabile Strukturen mit professioneller Unterstützung zu initiieren und zu fördern.
- d) Rechtliche und finanzielle Voraussetzungen für Erleichterungen bei der Umsetzung dezentraler Maßnahmen im Quartier zu schaffen.
- e) In Zusammenarbeit mit Bund und Kommunen ein Konzept für die (Anschub-) Finanzierung von Quartiers-/Dorfentwicklung und -management zu entwickeln, wobei die Planungshoheit nach wie vor den Kommunen zusteht.
- f) Das Landespflegegesetz weiterzuentwickeln.

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung eine Bundesratsinitiative mit der Zielsetzung, die Kommunen im Pflegestärkungsgesetz stärker in die Pflicht zu nehmen. Dabei sind die folgenden Punkte zu berücksichtigen:

- a) Aufnahme allgemeiner Regelungen, die Planungsverpflichtungen für Quartiersentwicklung enthalten.
- b) Einführung einer Kooperationspflicht der Kassen vor Ort bei Maßnahmen der Quartiersentwicklung.
- c) Kommunen, die in dem Bereich bereits gut aufgestellt sind, sollen als Optionskommunen Aufgaben der Sozialen Pflegeversicherung vertraglich übertragen werden können (Vereinbarung mit den Kassen).

Den Kommunen empfiehlt die Enquetekommission:

- a) Eine kommunale Steuerung für die Quartiersentwicklung einzurichten.
- b) Eine „Quartiersverwaltung“, d. h. eine zentrale Stelle in der kommunalen Verwaltung zu schaffen, die sich um den Aufbau von Quartiersstrukturen kümmert. Das „Quartiersmanagement“ fungiert als Ansprechperson für Interessierte, Unternehmen etc., die sich in einem bestimmten Quartier engagieren wollen.

- c) Quartiersentwicklung/-planung als Leitgedanken kommunaler Verwaltungstätigkeit in allen Bereichen der Verwaltung der Kommune zu implementieren. In der (Sozial)Verwaltung ist beispielsweise die Zuständigkeit an Quartieren zu orientieren und nicht an Anfangsbuchstaben.
- d) Quartiers- und Dorfentwicklung unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gegebenheiten in den einzelnen Kommunen (sozialraumorientiertes Vorgehen) durchzuführen.
- e) Die Wohnungswirtschaft einzubeziehen.

Bereitstellung von Ressourcen

Die Enquetekommission empfiehlt:

- a) Qualitative und quantitative Ressourcen für Case-Management (hierzu auch Ausführungen im Abschnitt 3.3.2 „Beratung“) und Gemeinwesenarbeit bereitzustellen.
- b) Das Quartiersmanagement finanziell zu fördern. Quartiersarbeit und Einbindung ins Gemeinwesen sollen als Aufgabe des Gemeinwesens betrachtet und auch als solche finanziert werden.

3.3.9 Alternative Wohnformen

Sachstand

Das am 31. Mai 2014 in Kraft getretene WTPG ermöglicht eine Vielzahl von Wohnformen. Es unterscheidet zwei unterstützende Wohnformen: die stationäre Pflegeeinrichtung und die ambulant betreute Wohngemeinschaft.

Mit § 4 WTPG wurde die neue Wohnform der ambulant betreuten Wohngemeinschaften als weitere Alternative zum Pflegeheim geschaffen. Diese ermöglichen volljährigen Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf („Pflege-WG“, bis zu 12 Personen) oder mit Behinderungen (bis 8 Personen) das Leben in einem gemeinsamen Haushalt bei gleichzeitiger Inanspruchnahme externer Pflege- und Unterstützungsleistungen. Sie werden von einem Anbieter verantwortet.

Außerdem gibt es vollständig selbstverantwortete Wohngemeinschaften bis 12 Personen, die lediglich nach § 14 WTPG anzeigepflichtig sind, jedoch gemäß § 2 Abs. 3 WTPG nicht unter den Anwendungsbereich dieses Gesetzes fallen.

Nach der Erprobungsregelung des § 31 Abs. 2 WTPG kann die zuständige Behörde für ambulant betreute Hausgemeinschaften in einer stationären Pflegeeinrichtung auch Ausnahmen von den Anforderungen einer stationären Pflegeeinrichtung, u. a. mit der Begrenzung auf höchstens 15 Personen, zulassen.

Zum Stand vom 29. Juni 2015 gab es nach den Meldungen der Heimaufsichten 46 ambulant betreute Pflegewohngemeinschaften in Baden-Württemberg, davon 27 vollständig selbstverantwortet.

Herausforderungen

Den Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung möchten die meisten Menschen so lange wie möglich vermeiden.

Nicht alle auf Pflege angewiesene Menschen können in ihrer eigenen Häuslichkeit versorgt werden. Da ambulant betreute Wohngemeinschaften in der Regel mehr Teilhabequalität bieten, als dies in stationären Pflegeeinrichtungen möglich ist, sollten sie befördert werden.

Alternative Wohnformen sind sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich schwer umsetzbar. Eineinhalb Jahre nach Einführung des WTPG gibt es erste Erfahrungen, dass ambulante Wohnformen noch nicht in größerer Anzahl geschaffen wurden.

Deshalb ist zu überlegen, wie alternative Wohnformen weiterentwickelt werden können und auch das WTPG anzupassen wäre.

Ferner sind die finanziellen Grundlagen für die Schaffung von alternativen Wohnformen anzupassen.

Gerade im ländlichen Raum gibt es für Senioren häufig Versorgungslücken. Ältere Menschen wollen zumeist eigenständig bis ins hohe Alter in ihrem vertrauten Umfeld leben. Sie wollen selbstbestimmt wohnen und gleichzeitig Unterstützung erfahren. Genossenschaften bieten hier mit ihrem Ansatz der „Hilfe zur Selbsthilfe“ ein Potenzial, das noch weitgehend unerschlossen ist. Ein weiterer positiver Effekt der genossenschaftlichen Lösung ist, dass Bürgerinnen und Bürger dort direkt Teilhaber des Angebots werden können.

Handlungsempfehlungen

Es bietet sich an, ambulant organisierte Pflegeheime und ambulant betreute Wohngemeinschaften für den Ausbau der kleinräumigen, wohnortnahen Versorgung zu nutzen und hieran weiterzuarbeiten.

Alternative Wohnformen im stationären wie auch im ambulanten Bereich sind weiterzuentwickeln und die Rahmenbedingungen hierfür von Zeit zu Zeit zu überprüfen.

Die Enquetekommission empfiehlt deshalb der Landesregierung:

- a) Den Ausbau der ambulant betreuten Wohngemeinschaften im ländlichen Bereich zu erleichtern.
- b) Eine Förderung ambulant betreuter Wohngemeinschaften über § 38a SGB XI hinaus zu prüfen.
- c) Genossenschaftsrechtlich ausgestaltete Lösungsansätze zu prüfen, wenn im ländlichen Raum langfristige, auf Beteiligung und Selbstbestimmtheit angelegte Wohnformen für Senioren gesucht werden.

3.3.10 Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

Sachstand

Die teilstationäre Pflege wird nach § 41 SGB XI als Tages- oder Nachtpflege angeboten. Sie umfasst auch die notwendige Beförderung von der Wohnung zur Einrichtung und zurück. Die Kosten für Verpflegung müssen privat getragen werden. Die Tagespflege kann die Lücke zwischen der ambulanten Pflege zu Hause und der stationären Versorgung im Heim schließen.

In Baden-Württemberg gibt es 609 Tagespflegeeinrichtungen mit einer Kapazität von 6.460 Plätzen.

Laut der Stellungnahme des Sozialministeriums zum Antrag Nr. 1 sind der Akzeptanz der Angebote, vermutlich wegen der relativ hohen Kosten, auch Grenzen gesetzt. Dies lasse sich auch den vorliegenden Kreispflegeplänen entnehmen, die vielfach bereits eine ausreichende Versorgung mit Tagespflegeplätzen signalisieren.

Herausforderungen

Der Ausbau der teilstationären Leistungen im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze wird als Schritt in die richtige Richtung begrüßt. Hemmnisse im Bereich der Hol- und Bringendienste, wie beispielsweise deren unzureichende Finanzierung, tragen dazu bei, dass das Angebot an entsprechenden Plätzen bislang überschaubar ist. Dabei ist insbesondere die pauschale Vergütung der Fahrtkosten durch die derzeitige Regelung zur Fahrdienstvergütung problematisch, da sie lediglich die Beförderungskosten im Blick hat. Die teilweise immensen Anforderungen, die durch das Beförderungspersonal bewältigt werden müssen, um einen Transport überhaupt möglich zu machen, werden dabei bislang nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt.

Das Potenzial der Tages- und Kurzzeitpflege muss besser genutzt werden. Es ist deshalb ein wohnortnahes und flächendeckendes Netz von Tagespflegeeinrichtungen aufzubauen.

Kurzzeitpflege ist nicht nur als eine Phase der schnellen Überbrückung von Versorgungsgaps zu sehen, sondern auch als eine Phase der Umorientierung und Neuorganisation der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Deshalb ist auch ein wohnortnahes und flächendeckendes Netz von Kurzzeitpflegeeinrichtungen erforderlich.

Handlungsempfehlungen

- a) Die Enquetekommission appelliert an die Kostenträger und Leistungserbringer, die vorhandenen Angebote zu prüfen und auszubauen.
- b) Der Landesregierung wird empfohlen, sich über eine Bundesratsinitiative dafür einzusetzen, Hemmnisse im Bereich der Beförderung der Menschen mit Pflegebedarf im Rahmen des § 41 SGB XI einer konstruktiven Lösung zuzuführen. Dabei soll insbesondere geprüft werden, inwiefern eine Trennung zwischen Beförderungskosten und Pflegeleistungen zielführend sein könnte.
- c) Ebenso ist die Selbstverwaltung gefordert, bei dem Abschluss von Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI für den teilstationären Bereich eine tragfähige Lösung zu finden, die die Fahrtkosten (Personal- und Sachkosten) in voller Höhe abbildet.
- d) Angebote der Tagespflege sollen stärker ins Bewusstsein der Betroffenen und ihrer Angehörigen gebracht werden.
- e) Ferner soll geprüft werden, ob die Hol- und Bringendienste von Tagespflegeeinrichtungen in den Katalog der Verordnung über die Befreiung bestimmter Beförderungsfälle (FrStllgV) aufgenommen werden können.
- f) Im Rahmen der Kurzzeitpflege bedarf es eines Beratungsangebotes für die längerfristig angelegte Entscheidungsfindung darüber, wie es nach der Kurzzeitpflege weiter gehen soll.

3.3.11 Sektorale Trennung

Herausforderungen

Das Pflegeversicherungsrecht trennt zwischen ambulant und stationär. Zwischen dem SGB V und dem SGB XI treten Schnittstellenprobleme auf.

Es gibt Überlegungen, die sektorale Trennung zwischen „stationär“ und „ambulant“ aufzulösen. Bei einer Ambulantisierung stationärer Pflege würde z. B. die pflegerische Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung durch einen ambulanten Dienst erfolgen. In Privathaushal-

ten wiederum könnte die Hausambulanz einer stationären Einrichtung Pflegeleistungen sicherstellen.

Die Schnittstellen-Problematik ist zu verringern. Um die Sektorengrenzen zu überwinden, kommen mehrere Handlungsweisen in Betracht. Das Angebotsspektrum an pflegerischen Leistungen ist zu erweitern. Die Wahlmöglichkeiten der Menschen mit Pflegebedarf sollten verbessert werden.

Die „Ambulantisierung“ der Pflege und Leistungserbringung von Personal aus dem stationären Bereich im häuslichen Bereich sind zu unterstützen. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind zu Dienstleistungszentren mit einem auf die örtlichen Bedarfe abgestimmten, über die Pflege hinausgehenden Leistungsspektrum, weiter zu entwickeln.

Handlungsempfehlungen

- a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, sich beim Bundesgesetzgeber für eine Aufhebung der Trennung von „ambulant“ und „stationär“ im SGB XI einzusetzen und das Bundesministerium für Gesundheit um eine Expertise zu ersuchen, wie dies rechtlich und konkret ausgestaltet werden könnte.
- b) Es sollen hierbei Alternativmodelle entwickelt werden und Erprobungen auf bundesgesetzlicher Ebene leistungrechtlich ermöglicht werden. Dabei sollen insbesondere Leistungsformen des Persönlichen Budgets und der Sachleistungsbudgets einbezogen werden.
- c) Der Landesregierung und den Einrichtungen wird empfohlen, „Mischformen“ (z. B. Organisationsverbände, flexible Verbundlösungen beziehungsweise Institutsambulanzermächtigungen) über die Regelung des § 31 WTPG zu erproben.
- d) Stationäre Pflegeeinrichtungen sollen im Sinne einer Institutsambulanzermächtigung pflegerische Versorgungsleistungen im betreuten Wohnen und in Privathaushalten im Umfeld der Einrichtung erbringen dürfen. Vice versa sollen auch ambulant organisierte Angebote in stationären Einrichtungen erbracht werden können.
- e) Pflegepersonal aus dem stationären Pflegebereich soll in Privathaushalten eingesetzt werden können. Übergänge für Betroffene sollen möglichst fließend gestaltet werden, so dass Autonomie so viel wie möglich und so lange wie möglich bestehen kann.
- f) Einrichtungen, die sowohl stationäre Pflegeplätze als auch ambulant betreutes Wohnen anbieten, soll eine flexiblere Zuordnung der einzelnen Plätze ermöglicht werden. Benötigt zum Beispiel ein bisher im betreuten Wohnbereich lebender Mensch Leistungen der stationären Pflege, soll der Pflegeplatz mit dem Menschen gehen und nicht umgekehrt.
Die Wohnung des Betroffenen kann dann mit entsprechender Anpassung der Personalausstattung im stationären Bereich Bestandteil der stationären Einrichtung werden.

Minderheitenvoten zu Kapitel 3.3 „Lebensgestaltung bei Pflege- und Unterstützungsbedarf“

Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „24-Stunden-Betreuung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.3.6 „Wohnen in der eigenen Häuslichkeit“

Nach Auffassung der FDP/DVP-Fraktion benötigt die Tatsache, dass bundesweit schätzungsweise bis zu 300.000 externe Betreuungskräfte, überwiegend aus dem osteuropäischen Ausland, in Privathaushalten tätig sind, eine bessere gesetzliche und sozialrechtliche Absicherung. Positive Erfahrungen, die in Österreich mit einem Fördermodell gemacht wurden, sollen bei einer Lösung auf Bundesebene mit einbezogen werden. Wir halten die Forderung, die damit verbundenen notwendigen arbeitsrechtlichen und finanziellen Änderungen auf Bundesebene anzuregen, aufrecht.

Darüber hinaus fordern wir die Erprobung durch ein Modellprojekt in Baden-Württemberg unter Einbeziehung der Organisationen, die immer wieder auf den dringenden Regelungsbedarf dieser Frage hinweisen.

Handlungsempfehlungen

Wir fordern, dass sich das Land Baden-Württemberg auf Bundesebene für die bessere gesetzliche und sozialrechtliche Absicherung der 24-Stunden-Hausbetreuung durch externe Betreuungskräfte einsetzt unter Einbindung der Erfahrungen, die dazu in der Republik Österreich vorliegen, und ein Modellprojekt auflegt.

Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der CDU „Kosten stationärer Pflege“ zu den Handlungsempfehlungen 3.3.7 „Wohnen im Pflegeheim“

Herausforderungen

Die Kosten für Pflegeplätze in stationären Einrichtungen sind in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Dies hat zur Folge, dass der Anteil der Zuzahlung für einen Platz in einer stationären Einrichtung ebenso gestiegen ist. Die Enquetekommission betrachtet es daher als Herausforderung auch zukünftig bezahlbare Pflegeplätze in Baden-Württemberg anbieten zu können.

Der durch das Landesrecht vorgegebene Abbau von Doppelbettzimmern, die Umsetzung von Wohngruppen mit höchstens 15 Bewohnern, die Vorhaltung von Mindestaufenthaltsflächen auf den Wohngruppen sowie die Einhaltung von Mindestraumbreiten stellt für etliche Träger eine große Herausforderung dar. Hierzu bedarf es aus Sicht der Enquetekommission einer Prüfung unterschiedlicher Unterstützungsmöglichkeiten, die eine Entlastung ermöglichen.

Als wichtige Voraussetzung für eine flächendeckende Angebotsstruktur betrachtet die Enquetekommission die Ermöglichung einer verlässlichen Planung der Einrichtungsträger. Dies sollte unter anderem durch die Landesheimbauverordnung (LHeimBauVO) ermöglicht werden.

Die Umsetzung der LHeimBauVO wirkt sich auch auf die Investitionskosten der stationären Einrichtungen aus. Seit längerer Zeit wird im Lande vergeblich versucht, sich auf gemeinsame Parameter zu verständigen.

Vielen kleinen Trägern ist es nicht möglich, die für eine Anpassung oder Sanierung nötigen Finanzmittel als Fremdkapital zu erschließen, da es keine öffentliche Förderung gibt.

Aus diesen Gründen spricht sich die CDU-Fraktion für eine flexible Handhabung der Grenzwerte in Bezug auf eine grundsätzliche Einzelzimmervorgabe aus.

Handlungsempfehlungen

- a) Die CDU-Fraktion empfiehlt der Landesregierung an der 2009 festgeschriebenen grundsätzlichen Einzelzimmervorgabe festzuhalten und wie bisher Ausnahmen entsprechend der Festlegung in der LHeimBauVO zu gewähren. Diesbezüglich sollte die Schaffung von Spielräumen für eine flexiblere Handhabung der Grenzwerte (Einrichtungsgröße, Einzel-

zimmer, Mindestquadratmeter und technische Nichtmachbarkeit) geprüft werden, so dass eine auf die örtliche Situation sinnvoll angepasste Gestaltung möglich ist.

- b) Weiter ist zu prüfen, inwieweit die Regelungen der LHeimBauVO darüber hinaus einer Änderung bedürfen.

Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Landesheimbauverordnung (LHeimBauVO)“ zu den Handlungsempfehlungen 3.3.7 „Wohnen im Pflegeheim“

Nach Auffassung der FDP/DVP-Fraktion entspricht die Zielsetzung der LHeimbauVO bezüglich einer Einzelzimmerregelung im Regelfall dem Bedürfnis der Menschen mit Pflegebedarf. In der Praxis stellt sich insbesondere im Gebäudebestand jedoch heraus, dass die zeitlichen Vorschriften der vorgeschriebenen räumlichen und technischen Änderungen zu eng gefasst sind. Die bestehenden Ausnahmeregelungen sind dafür nicht ausreichend. Wir halten daher unsere Forderung aufrecht, in der LHeimbauVO längere Übergangsfristen zu gewährleisten, um dringend benötigte Heimplatzkapazitäten nicht zu gefährden. Wir sehen sonst die Gefahr einer Unterversorgung mit stationären Plätzen. Darüber hinaus braucht es angemessene Ausnahmeregelungen. Es ist niemandem damit gedient, aus starrem Festhalten an engen Regelungen Pflegeheime zur Aufgabe zu zwingen und damit das Angebot an Pflegeplätzen zur vermindern.

Handlungsempfehlungen

Die Landesregierung wird aufgefordert, bei begründeten Schwierigkeiten einzelner Heime, den Vorschriften der LHeimbauVO fristgerecht nachzukommen, auch Ausnahmen im Sinne der Einräumung angemessen langer Fristen zuzulassen. Im Mittelpunkt muss der Erhalt von Pflegekapazitäten stehen, wobei bestehende Einrichtungen auf Bestandsschutz zurückgreifen können sollen und die Gültigkeit der LHeimBauVO für neue Einrichtungen den Schwerpunkt darstellen soll.

Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG)“ zu den Handlungsempfehlungen 3.3.9 „Alternative Wohnformen“

Nach Auffassung der FDP/DVP-Fraktion werden viele Möglichkeiten, die das Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) für neue altersgerechte Wohnformen (z. B. in selbständigen Wohngruppen, „Alten-WGs“) bietet, durch Überregulierung verhindert. Dieses Gesetz benötigt eine Überarbeitung und nach den vorliegenden Erfahrungen sinnvolle Veränderungen. Wir halten daher unsere Forderung aufrecht, nicht festzuschreiben, dass lediglich eine Weiterentwicklung in Angriff genommen werden soll.

Handlungsempfehlungen

Die Landesregierung wird aufgefordert, vor der im Gesetz nach § 34 vorgesehenen Evaluation zum 31. Dezember 2017 im Hinblick auf baldmögliche Erleichterung der Gründung neuer Wohnformen die bürokratischen Anforderungen vor allem im personellen und baurechtlichen Sinn einer vorgezogenen Bewertung zum 31. Dezember 2016 zu unterziehen und die hohen Auflagen für stationäre Pflegeeinrichtungen in Bezug auf dringende Notwendigkeit zu überprüfen.

3.4 Besondere Aspekte bei der Pflege und Betreuung

Menschen mit Pflegebedarf sind keine homogene Gruppe mit gleichartigen Erwartungen, sondern ebenso vielfältig wie unsere Gesellschaft insgesamt. Menschen unterscheiden sich in ihren Bedürfnissen. Jeder hat eigene Vorstellungen und Wünsche in Bezug auf seine Lebensumstände. Bedürfnisse werden von zahlreichen Faktoren beeinflusst. Pflege sollte sich auf diese unterschiedlichen Bedürfnisse einstellen. Bedürfnisse sind individuell, geschlechtlich, generational, sozial, kulturell, religiös etc. geprägt. Daher sind Bedürfnisse von Menschen höchst unterschiedlich. Diese Unterschiedlichkeit sollte Pflege nach Möglichkeit berücksichtigen. Es muss gelingen, Individualität, Autonomie, Teilhabe und Privatheit auch für Menschen mit Pflegebedarf möglichst umfassend zu gewährleisten.

Die Würde des Menschen gebietet es, dass sich die Pflege an den körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Bedürfnissen ausrichtet. Daher hat die Enquetekommission diesen besonderen Aspekten ein eigenes Kapitel im Abschlussbericht gewidmet.

Die Enquetekommission sieht Bedarf für gendersensible Strategien in Bezug auf die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, will verstärkt Männer für die Pflegearbeit gewinnen und die Situation der vorwiegend weiblichen Haushaltshilfen thematisieren. Die gendersensible Ausprägung der Pflege soll in Praxis und Ausbildung gestärkt werden.

Menschen mit Migrationshintergrund sollen besseren Zugang und spezifischere Beratung zur Pflege erfahren. Die interkulturelle Öffnung der Altenhilfe ist zu unterstützen.

Es bedarf einer stärkeren Sensibilisierung unserer Gesellschaft für Menschen, die von Demenz betroffen sind. Die Sorge für Menschen mit Demenz soll teilhabeorientiert ausgerichtet sein und wohnortnah umgesetzt werden. Prävention und Diagnostik sind auszubauen. Vor dem Hintergrund der psychischen Belastungen sind ihre Angehörigen in den Blick zu nehmen.

Menschen mit Behinderung brauchen altersgerechte und lebensweltorientierte Wohnformen. Viele Eltern versorgen ihre behinderten Kinder zu Hause, hier ist eine vorausschauende Unterstützung zu ermöglichen für den Fall, dass die Eltern selbst pflegebedürftig werden. Die Pflege von Menschen mit Behinderung ist im Leistungsrecht besser abzubilden.

Die Versorgung durch ambulante psychiatrische Dienste in Baden-Württemberg ist flächendeckend auszubauen und sicherzustellen. Die psychiatrische Pflege ist personell zu stärken und ihre Finanzierung ist zu verbessern.

Auch in der letzten Lebensphase soll die größtmögliche Lebensqualität geboten werden. Die Palliativversorgung macht dies möglich. Der Palliativ- und Hospizgedanke soll in der Regelversorgung verankert werden. Die Beratungsstruktur zur palliativen Versorgung soll ausgebaut werden. Die palliative ambulante Versorgung sowie die Brückenpflege sind finanziell abzusichern.

3.4.1 Gendersensible Pflege

Sachstand

Eine an Individualität und biografisch geprägten Vorstellungen der Menschen orientierte Pflege und Betreuung erfordert unter anderem Sensibilität für geschlechtsspezifische Bedürfnisse. Denn es ist davon auszugehen, dass Pflege und Pflegebedürftigkeit geschlechtsdifferenziert bzw. vor dem Hintergrund des sozialen Geschlechts („gender“) unterschiedlich erlebt wird. Dies betrifft beispielsweise den Umgang mit Krankheit, mit Scham, den Beratungs- und Unterstützungsbedarf oder das Bedürfnis nach Alltagsgestaltung.²⁸

²⁸ Zentrum für Qualität in der Pflege 2015: Bedürfnisgerechte Pflege und Genderaspekte

Wie bereits in anderen Kapiteln des Enqueteberichts dargelegt wurde, ist Pflege nach wie vor stark weiblich geprägt. Der überwiegende Anteil der privaten, ehrenamtlichen und professionellen Pflege wird von Frauen geleistet. Für Baden-Württemberg ist mit einer Zahl von 600.000 pflegenden Angehörigen zu rechnen. Aktuell werden zwei Drittel der Pflege im häuslichen Bereich von Frauen erbracht. Sie reduzieren ihre Berufstätigkeit oder verzichten ganz darauf. Trotz der gesetzlichen Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf²⁹ ist die Zahl der Personen, welche die Anforderungen in Beruf und der familiären Pflege nicht gleichzeitig bewältigen können, sehr hoch.

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

Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sind deutschlandweit unter den Engagierten in der Pflege überproportional viele ältere, weibliche, gut qualifizierte, bereits im Ruhestand befindliche Personen, die in Ein- bis Zweipersonenhaushalten im ländlichen Raum bzw. verdichteten Umland leben. 58 Prozent der im Gesundheitswesen Engagierten sind Frauen. Noch ausgeprägter ist der Frauenanteil mit über 66 Prozent bei Personen, die sich in der Pflege engagieren.³⁰

In der professionellen Pflege in Baden-Württemberg sind derzeit 86 Prozent aller Beschäftigten weiblich. Im ambulanten Pflegebereich sind dies sogar 88 Prozent.³¹

Ebenso zeigt sich, dass der Großteil der Menschen mit Pflegebedarf weiblich ist. Die Pflegequoten liegen für beide Geschlechter bis zur Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen 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.

Auch in Zukunft werden Frauen absolut und relativ am stärksten unter den Menschen mit Pflegebedarf vertreten sein. Dennoch werden Zahl und Anteil der männlichen Menschen mit Pflegebedarf 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.

Hieraus ergeben sich unterschiedliche Herausforderungen, die im Folgenden dargelegt werden, um gendersensible Pflege zu ermöglichen.

Pflegende Angehörige

Herausforderungen

Pflege wird sowohl im privaten wie im professionellen Bereich vornehmlich von Frauen geleistet. Besonders für die privat pflegenden Frauen resultieren daraus oftmals erhebliche finanzielle Nachteile, da sie auf eigene Erwerbstätigkeit teilweise oder ganz verzichten. Ihre Rentenanwartschaft verschlechtert sich dadurch, so dass Frauen einem deutlich höheren Altersarmutsrisiko unterliegen als Männer.

Die Enquetekommission betrachtet es daher als Zielsetzung, pflegende Angehörige besser zu entlasten und die Pflegeverantwortung innerfamiliär so weit als möglich zu teilen. Weiter ist es notwendig, die Datengrundlage im Bereich der familiären Pflege zu verbessern. Grundsätzlich sollte eine höhere Wertschätzung der Pflege durch Familienangehörige stattfinden.

²⁹ vgl. Pflegezeitgesetz 2008 und 2015

³⁰ Zentrum für Qualität in der Pflege 2013: Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix

³¹ Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015

Handlungsempfehlungen

Es sollen neue, gendersensible Strategien der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf entwickelt werden.

- a) Die finanzielle Versorgung pflegender Angehöriger muss sichergestellt werden. Hierzu empfiehlt die Enquetekommission insbesondere die Prüfung eines „Pflegegelds“ entsprechend dem „Elterngeld“. Das Elterngeld hat dafür gesorgt, dass sich zunehmend auch Männer Zeit für ihre neugeborenen Kinder nehmen (weitere Ausführungen hierzu im Abschnitt 3.3.3 „Familiäre Pflege“).
- b) Männer sollen verstärkt in die Sorge- und Pflegearbeit einbezogen werden. Zu diesem Zweck erachtet die Enquetekommission Kampagnen als sinnvoll. Diese könnten beispielsweise darauf abzielen, Jungen und junge Männer für Praktika und Freiwilligeneinsätze zu gewinnen. Die inzwischen wachsende Zahl von Männern, die sich an Pflegeaufgaben beteiligen, und ihre Art zu pflegen soll für die Öffentlichkeit sichtbarer gemacht werden. Dabei sind kultursensible Aspekte zu beachten.
- c) Familien sollen dabei unterstützt werden, die Pflegeverantwortung innerfamiliär gerechter zu teilen. Hierzu sollen geeignete Modelle durch die Landesregierung initiiert werden. Anregungen liefert beispielsweise das Projekt „Familiale Pflege“ in Nordrhein-Westfalen.
- d) Die Datenlage über pflegende Angehörige soll verbessert werden. Hierzu soll die amtliche Pflegestatistik um die Differenzierung nach Geschlechtern innerhalb der privat geleisteten Pflege erweitert werden. Es bedarf einer vermehrten wissenschaftlichen Erforschung zur Lebenslage und zum Lebenslauf pflegender Angehöriger. Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, hierzu Forschungsvorhaben zu fördern.

Männer für die Pflege gewinnen

Herausforderungen

Die Pflegearbeit darf nicht mehr länger überwiegend von Frauen verrichtet werden. Sie ist vielmehr als Aufgabe aller anzusehen. Durch die Aussetzung der Wehrpflicht und der damit verbundenen Beendigung des Zivildienstes ist ein Sprungbrett für junge Männer in die Pflegeberufe weggefallen. Ziel muss es daher sein, die Attraktivität des Berufes zu steigern und gezielt Männer für den Pflegeberuf zu gewinnen.

Handlungsempfehlungen

Um zukünftig verstärkt Männer für die Pflegearbeit und Pfl egetätigkeit gewinnen zu können, nimmt die Enquetekommission folgende Empfehlungen vor:

- a) Es sollen vermehrt (Schul-)Praktika von Jungen und Männern im Pflegebereich sowie ganzjährige und auf Kontinuität angelegte Schulprojekte im sozialen Bereich eingeführt werden.
- b) Die Arbeitsagenturen sollen spezifische Beratungsangebote für Männer, die pflegen wollen, anbieten.
- c) Im Rahmen des Bundesfreiwilligendienstes und des Freiwilligen Sozialen Jahres ist verstärkt für die Pflegeberufe zu werben.
- d) Unternehmen sollen Ansprechpersonen für Männer benennen, um diese gezielt zu beraten.

- e) Es sollen männliche Praxisanleiter für Männer in der Pflege etabliert werden.

Weibliche Haushaltshilfen aus dem Ausland

Herausforderungen

Es zeichnet sich ab, dass das familiäre Pflegepotenzial in Zukunft abnimmt und Menschen mit Pflegebedarf daher auf externe Unterstützung angewiesen sind. Hierzu werden zunehmend Haushaltshilfen bzw. Assistenzkräfte, meist Frauen aus dem Ausland, eingesetzt. Dabei gibt es eine große Dunkelziffer, wie viele Haushalte bereits heute auf diese Form der Unterstützung zurückgreifen, die oftmals auf illegaler Beschäftigung fußt.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission fordert die Landesregierung dazu auf, Maßnahmen einzuleiten, die ausländische, insbesondere osteuropäische Pflegekräfte aus der Unsichtbarkeit der klassischen Sorgearbeit von Frauen herausholt und ihre Beschäftigung zu einem wichtigen pflege- und frauenpolitischen Thema macht.

Weitere Ausführungen hierzu im Abschnitt 3.5.7 „Ausländische Betreuungskräfte“.

Gendersensible Pflege in der Ausbildung

Herausforderungen

Die Enquetekommission betrachtet es als wichtige Zielsetzung, gendersensible Pflege in der Aus- und Weiterbildung verstärkt abzubilden.

Handlungsempfehlungen

Gendersensible Pflege muss in den Ausbildungsplan integriert werden. Insbesondere die psychologische und soziale Bedeutung der Herstellung des Geschlechtlich-Ästhetischen in der Pflege soll verstärkt in der Ausbildung vermittelt werden. In Weiterbildungen sind gender- und kultursensible Aspekte verstärkt anzubieten. Um den Theorie-Praxis-Transfer zu ermöglichen, muss die praktische Umsetzung in den Einrichtungen ermöglicht werden.

Gendersensible Praxis

Herausforderungen

Für die Identität der Menschen mit Pflegebedarf und auch für die Interaktion zwischen zu Pflegenden und deren Umfeld ist es wichtig, dass zur Pflege auch die Herstellung des Geschlechtlich-Ästhetischen gehört. Darunter ist beispielsweise das Rasieren, das Einsetzen von Prothesen, Kosmetik, das Ankleiden oder das Anlegen von Schmuck zu verstehen.

Unter den Menschen mit Pflegebedarf sind aktuell auch Überlebende und Flüchtlinge unterschiedlicher Kriege. Viele von ihnen haben im Zusammenhang mit Flucht, Krieg, Vertreibung unterschiedliche Formen von Traumatisierungen (z. B. emotional, verbal, körperlich, sexuell) erlitten. Für die Pflege dieser Menschen ist es von höchster Wichtigkeit, dass mit diesen Traumatisierungen sensibel umgegangen wird.

Handlungsempfehlungen

- a) In der Pflegepraxis soll genug Zeit für die Herstellung des Geschlechtlich-Ästhetischen sein.
- b) In der Pflegeausbildung sollen eine biografieorientierte Herangehensweise und geschlechtersensible Pflege Techniken gelehrt werden.
- c) Pflege Techniken, die von sexuell traumatisierten Menschen als sehr belastend oder gar retraumatisierend erlebt werden, sollen nach Möglichkeit unterlassen werden. Dies sind zum Beispiel die Verabreichung von vaginal- und rektal Zäpfchen, rektales Fiebermessen, Darmrohre, das manuelle Ausräumen des Darmes, vaginale Untersuchungen.

3.4.2 Kultursensible Pflege

Sachstand

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 zu, wobei die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund und deutscher Staatsangehörigkeit insgesamt stärker ansteigt als die ausländische Bevölkerung.³²

Menschen mit Migrationshintergrund sind derzeit unter den nach SGB XI anerkannten Menschen mit Pflegebedarf unterrepräsentiert. Dies lässt sich unter anderem auf einen geringen Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund zurückführen. So lag der Anteil der Gruppe der älteren und alten Menschen mit Migrationshintergrund im Jahr 2009 in Baden-Württemberg mit 12 Prozent deutlich unter dem damaligen Anteil an der Landesbevölkerung, der 2009 bei 23 Prozent lag.³³ Zum anderen zeigt sich bei Menschen mit Migrationshintergrund ein anderes Inanspruchnahme-Verhalten der Leistungen nach SGB XI. Einer Studie zufolge, die im Jahr 2011 vom Sozialministerium Baden-Württemberg in Auftrag gegeben wurde³⁴ und welche die Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege beleuchtete, hatten diese nur einen Anteil von 11 Prozent bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen und Diensten für Menschen mit Pflegebedarf.

Auf Grundlage der Einwanderungsstatistik kann eine Reihenfolge der Relevanz unterschiedlicher Gruppen von Migrantinnen und Migranten nach Herkunftsland ermittelt werden. Ganz vorn stehen neben der großen Gruppe der alt gewordenen Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler aus den Ländern des ehemaligen Ostblocks vor allem die Ausländerinnen und Ausländer bzw. Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei sowie aus südost- und südeuropäischen Ländern. Insofern spielen auch Muslime unter den pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund eine wachsende Rolle.

Die Zahl der älteren Menschen (65-jährig und älter) mit Migrationshintergrund wird schon bis zum Jahr 2020 in Baden-Württemberg auf über 300.000 ansteigen³³. 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.

³² Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2015

³³ Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2014

³⁴ Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege (VäMP) 2015

Entgegen der ursprünglichen Annahme kehren immer weniger Migrantinnen und Migranten im Alter in ihre Heimatländer zurück. Damit wird die Zahl der pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund steigen.

Es ist daher absehbar, dass auch ältere Migrantinnen und Migranten zunehmend auf außerfamiliäre und institutionelle Hilfen angewiesen sein werden. Die Familienkonstellationen nähern sich immer mehr denen deutscher Familien an: die Kinderzahl sinkt, familiäre Großstrukturen lösen sich auf und immer mehr ältere Migrantinnen und Migranten leben in Ein-Personen-Haushalten.

Zukünftiger Bedarf an kultursensibler Pflege

Herausforderungen

Der Bedarf an kultursensibler Pflege wird in den kommenden Jahren voraussichtlich stark ansteigen. Ein realistisches Szenario für die spezifische Bedarfsentwicklung an kultursensibler Pflege bedarf einer fundierten Datenlage. Daher sollte die Forschung zu diesem Thema verstärkt werden.

Handlungsempfehlungen

- a) Die Enquetekommission empfiehlt, den Gesundheitszustand und den pflegerischen Bedarf von Menschen mit Migrationshintergrund sowie das pflegerische Umfeld unter Migrantinnen und Migranten verstärkt zu berücksichtigen.
- b) Es sollen nutzerorientierte pflegerische Angebote geschaffen werden, die zu Menschen mit Migrationshintergrund und den entsprechenden Bedürfnissen passen. Für die Akzeptanz und Inanspruchnahme dieser Angebote ist es wichtig, dass die Nutzerinnen und Nutzer befragt und in die Konzeptentwicklung einbezogen werden. Bereits bestehende Pflegeangebote sollten hinsichtlich verschiedener Kulturen sensibilisiert werden.
- c) Tagespflegeeinrichtungen sind dazu aufgerufen, ein bedarfsgerechtes Angebot im Bereich der Tagespflege einzurichten, das auch zielgruppenrelevante Sprachen umfasst.
- d) Die „Interkulturelle Öffnung“ soll in kommunalen Gesundheitskonferenzen und Pflegenetzwerken kontinuierlich thematisiert werden.
- e) Das bestehende Angebot von kultursensiblen ambulanten Pflegediensten ist auszubauen.

Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund

Herausforderungen

Menschen mit Migrationshintergrund haben bei der Beantragung einer Pflegestufe eine geringere Wahrscheinlichkeit, den Antrag bewilligt zu bekommen, als Menschen ohne Migrationshintergrund. Dies liegt vor allem daran, dass sie über die Regularien und Formalien weniger gut informiert sind. Die Enquetekommission ist der Ansicht, dass der Zugang zu Pflegeleistungen chancengleich gestaltet werden muss.

Ein beratender Zugang bei pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund gestaltet sich jedoch oft als schwierig. Ein Schlüssel dafür ist Vertrauen. Ziel sollte es daher sein, vertrauensbildende Maßnahmen einzuleiten, damit zukünftig der Zugang und die Beratung der Menschen mit Pflegebedarf und Angehörigen mit Migrationshintergrund verbessert werden kann.

Handlungsempfehlungen

Eine interkulturelle Öffnung der Altenhilfe ist einzufordern und zu unterstützen. Dazu gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen:

- a) Die Enquetekommission Pflege empfiehlt der Landesregierung und den Krankenkassen, zielgruppenorientierte Informationsangebote über Rechtsansprüche und Antragsverfahren im Zusammenhang mit Pflegeleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund zu entwickeln.
- b) Soweit möglich sollen Maßnahmen sowohl muttersprachliche als auch kulturspezifische Angebote beinhalten. Beratung muss verstärkt bei Öffentlichkeitsveranstaltungen wie in den Moscheen, in den Kulturvereinen und den Migrantengemeinden erfolgen, damit dort über die Grundsätze der Pflegeversicherung, Leistungsansprüche und Pflegeangebote aufgeklärt werden kann. Weiter soll eine umfassende Dolmetscher-Datenbank eingerichtet werden. Diese Aufgaben können in die bestehende Beratungsstruktur (z. B. Pflegestützpunkte) integriert werden.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt den Betreibern der Pflegestützpunkte, die Beratung zu interreligiösen und interkulturellen Angeboten und Aspekten auszubauen.
- d) Pflegestützpunkte sollen eine muttersprachliche Beratung anbieten. Dies kann beispielsweise durch Broschüren, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, bürgerschaftlich Engagierte oder Dolmetscherinnen bzw. Dolmetschern ermöglicht werden.
- e) Anerkannte Personen in der jeweiligen Gemeinschaft können wichtige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner im Sinne von Türöffnern sein. Da Ärztinnen und Ärzte meist ein gutes Ansehen haben, können diese eine bedeutendere Rolle beim Zugang zu Familien mit Migrationshintergrund bekommen und beispielsweise schon bei der Diagnosestellung auf bestehende Pflege- und Beratungsangebote verweisen. Die Ärztekammern sollen deshalb entsprechende Fortbildungsprogramme und Initiativen anbieten. Ebenso sollen anerkannte Personen innerhalb des jeweiligen Migrantenumilieus verstärkt als Mittler gewonnen werden. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Vermittlung der Grundsätze der Pflegeversicherung.
- f) Den Einrichtungen und ambulanten Diensten wird empfohlen, bei der Personalgewinnung ein Augenmerk auf die Sprachkenntnisse zu richten, um Mehrsprachigkeit in den Einrichtungen und bei der Pflege zu ermöglichen.
- g) Migrantenorganisationen und Einrichtungen der Altenhilfe sind besser zu verzahnen.
- h) Innerhalb der Migrantenumilieus soll verstärkt Werbung für das Berufsfeld Altenpflege stattfinden.
- i) Die Enquetekommission empfiehlt den Krankenkassen, ihre MDK-Gutachter hinsichtlich der Reaktionsweisen auf Antragstellerinnen und Antragsteller unterschiedlicher Herkunft und sozialer Lage zu schulen.

Diversität in der Praxis

Herausforderungen

Es muss zukünftig gelingen, die zunehmende Vielfalt der Gesellschaft, die sich auch auf den Bereich der Pflege auswirkt, durch entsprechende Angebote zu berücksichtigen. Menschen mit Behinderung und Menschen, die ihre gleichgeschlechtliche Liebe offen leben, werden nun zum ersten Mal seit dem Zweiten Weltkrieg alt. Die Anzahl an Mitbürgerinnen und Mitbürgern mit Migrationshintergrund, die auch im Alter in Deutschland bleiben wollen, nimmt zu.

Durch die Pendelmigration zwischen Deutschland und anderen Ländern, insbesondere der Türkei, ergeben sich besondere Problemfelder. Diagnosen werden zum Teil in beiden Ländern gestellt, was doppelte Kosten verursacht. Medikamente werden teilweise abgesetzt, da die Verschreibung aufgrund der Quartale nicht über einen längeren Zeitraum möglich ist. Dadurch wird eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Betroffenen in Kauf genommen.

Für Menschen mit Migrationshintergrund, die demenziell erkrankt sind, ist es besonders wichtig, dass sie Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner und Pflegende um sich haben, die ihre Muttersprache sprechen.

Die zunehmende Vielfalt im Pflegebereich ist jedoch nicht auf Menschen mit Pflegebedarf begrenzt. Auch die Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte sowie der Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund wächst.

Handlungsempfehlungen

Pflege soll die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund, von behinderten Menschen mit Pflegebedarf und von gleichgeschlechtlich liebenden Menschen mit Pflegebedarf wahrnehmen und berücksichtigen. Die Enquetekommission nimmt daher folgende Handlungsempfehlungen vor:

- a) Um individuellen Besonderheiten und Bedürfnissen gerecht werden zu können, benötigt die professionelle Pflegepraxis ausreichend Zeit.
- b) Die Enquetekommission empfiehlt der institutionellen Beratung in der Altenhilfe, sich mit Migrantenorganisationen zu vernetzen.
- c) Die Enquetekommission erachtet insbesondere eine stärkere Vernetzung der Gesundheitssysteme in Deutschland und den Herkunftsländern, insbesondere der Türkei, als sinnvoll.
- d) Bei der Personalakquise in Pflegeeinrichtungen und Pflegestützpunkten soll auf Mehrsprachigkeit geachtet werden.
- e) Einrichtungen sollen mehr Personal mit Migrationshintergrund beschäftigen und bestehendes Personal für kultur- und religionssensible Pflege ausbilden. Dadurch entsteht die Möglichkeit, muttersprachliche Pflege durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, bürgerschaftlich Engagierte oder Dolmetscherinnen und Dolmetscher anzubieten.
- f) Religions- und kultursensible Pflege soll in das Leitbild der Einrichtungen des Gesundheitswesens aufgenommen werden.
- g) Träger und Einrichtungen sollen verstärkt Konzepte zur Förderung von Vielfaltigkeit in der Pflege erarbeiten und vorhandene Konzepte auf einzelne Einrichtungen und die Bereiche des Gesundheitswesens anpassen.
- h) Bei der Entwicklung von Einrichtungskonzepten oder Pflegestandards sollen die in den Gesundheitsberufen tätigen Menschen mit Migrationshintergrund in die Überlegungen zur kultursensiblen Pflege einbezogen werden.
- i) Einrichtungen des Gesundheitswesens sollen die Öffnung für interkulturelle Konzepte aktiv bewerben und diese anwenden.
- j) Das individuelle Geschlechts- und Sexualempfinden ist Teil der Persönlichkeit. Um diesem Bereich auch in der Pflege Rechnung zu tragen, wird der Landesregierung

empfohlen, gemeinsam mit dem Netzwerk LSBTTIQ Baden-Württemberg³⁵ Maßnahmen zu erörtern und im Pflegebereich einzuleiten.

Kultursensibilität in der Aus- und Weiterbildung

Herausforderungen

In der Altenpflege stehen wir vor der paradoxen Situation, dass auf der einen Seite sehr viele Pflegenden mit Migrationshintergrund willkommen und tätig sind, auf der anderen Seite Menschen mit Pflegebedürftigkeit aber mit ihren kulturellen Unterschieden zu wenig berücksichtigt werden. Die Enquetekommission erachtet es daher als notwendig, zukünftig interkulturelle und interreligiöse Aspekte in der Pflegeaus- und -weiterbildung vermehrt zu berücksichtigen.

Handlungsempfehlungen

- a) Die Enquetekommission empfiehlt, die Einbindung von interkulturellen und interreligiösen Aspekten in die Curricula der Ausbildung von Pflegekräften und Pflegehilfskräften.
- b) Weiter sollen Fort- und Weiterbildungen für kultursensible und diversitätsfreundliche Pflege generiert und angeboten werden.

3.4.3 Menschen mit demenzieller Erkrankung

Sachstand

Für das Jahr 1995 lässt sich Baden-Württemberg eine Zahl von ca. 132.000 Demenzkranken errechnen. Die gleiche Berechnung für das Jahr 2010 kommt zu einem Ergebnis von knapp 180.000 Betroffenen mit Demenz in der Altersgruppe ab 65 Jahren. Für das Jahr 2015, beruhend auf der aktuellen Bevölkerungsvorausrechnung, lässt sich eine Zahl von 200.000 Demenzkranken ermitteln.

Unter Anwendung der Prävalenzraten nach Altersgruppen und Geschlecht auf die Bevölkerung Baden-Württembergs und gemäß der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung zeigt sich für den Zeitraum von 2015 bis 2030 folgende Prognose:

In Baden-Württemberg wird die Zahl Demenzkranker um ca. 61.000 ansteigen, von knapp 200.000 im Jahr 2015 auf knapp 260.000 im Jahr 2030. Dies ist ein prognostischer Zuwachs von ca. 31 Prozent. Der Anstieg wird Männern im größeren Ausmaß (knapp 37 Prozent) betreffen als Frauen (knapp 27 Prozent), 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 prognostiziert 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.³⁶

Demenzen können sehr viele verschiedene Ursachen haben. Grundsätzlich wird unterschieden zwischen primären und sekundären Formen der Demenz.

Primäre Demenzen sind solche, bei denen der Krankheitsprozess direkt im Gehirn beginnt. Sie sind nach heutigem Kenntnisstand irreversibel, sie können also nicht mehr rückgängig gemacht werden. Neben der Alzheimer-Krankheit mit einem Anteil von ca. 60 Prozent aller Fälle gibt es noch einige weitere primäre Demenzen. Die häufigsten sind vaskuläre (gefäßbedingte) Demenzen, die Lewy-Körperchen-Demenz und die frontotemporalen Demenzen. Sehr selten ist die Creutzfeldt-Jakob Krankheit.

³⁵ Zusammenschluss von lesbisch-schwul-bisexuell-transsexuell-transgender-intersexuell und quer (LSBTTIQ) Gruppen, Vereinen und Initiativen

³⁶ Gutachten der Katholischen Hochschule Freiburg 2015

Mit den sekundären Demenzformen sind solche gemeint, bei denen die Demenz Folge einer anderen Grunderkrankung ist, wie z. B. Stoffwechselerkrankungen, Vergiftungserscheinungen durch Medikamentenmissbrauch, Vitaminmangelzustände oder auch Depressionen. Hirntumore oder -geschwulste oder ein Normaldruckhydrozephalus (eine Abflussstörung der Hirnrückenmarksflüssigkeit) können ebenfalls für demenzielle Symptome verantwortlich sein.

Diese Grunderkrankungen sind zumindest zum Teil behandelbar, und manchmal ist auch eine Rückbildung der Demenzsymptomatik möglich. Sekundäre Demenzen machen bis zu 10 Prozent aller Krankheitsfälle aus. Zu den sekundären Demenzen gehören das Korsakow-Syndrom und die Demenz bei Morbus Parkinson.³⁷

Je nachdem, welche Form der Demenz vorliegt, lassen sich durch Präventionsmaßnahmen gute Erfolge erzielen. Dies ist beispielsweise bei vaskulären Demenzen der Fall.

Das Risiko der Demenzerkrankung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung ist erkennbar erhöht.

Demenz in Pflege und Gesellschaft

Herausforderungen

Die steigende Zahl von Menschen mit Demenz ist nicht nur eine fachliche, sondern auch eine kulturelle Herausforderung für die gesamte Gesellschaft.

Die Enquetekommission sieht es als gesamtgesellschaftliche Herausforderung, mit Demenz zu leben und zu akzeptieren, dass das Leben des Menschen begrenzt ist und es auch zur menschlichen Existenz gehört, auf andere angewiesen zu sein.

Auf die Würde des Menschen ist im Zusammenhang mit Demenz besonders zu achten. Die Würde des Menschen (mit Demenz) entsteht in der sozialen Interaktion und wird dort erlebbar. Vor diesem Hintergrund sollten auch die Möglichkeiten und Grenzen technischer Unterstützungssysteme, wie beispielsweise GPS-Ortung, geprüft und kritisch reflektiert werden.

Demenzielle Erkrankungen und Beeinträchtigungen müssen in der Pflege älterer Menschen berücksichtigt werden. Eine Sensibilität für demenzielle Erkrankungen ist in allen Bereichen des Gesundheitssystems notwendig, um eine adäquate Versorgung der Betroffenen zu ermöglichen. In der geriatrischen Rehabilitation stellt die Nebendiagnose Demenz eine Realität dar. Ausstattung, Struktur und fachliche Expertise im Umgang mit Menschen mit Demenz in der Rehabilitation werden allerdings sehr heterogen bewertet.

Die Enquetekommission betrachtet es als Zielsetzung, demenzielle Erkrankungen besser im Leistungsrecht abzubilden. Diesbezüglich wird der im PSG II neugefasste Pflegebedürftigkeitsbegriff begrüßt. Es muss eine wohnortnahe Versorgung von Menschen mit Demenz ermöglicht werden.

Nichtprofessionell Pflegende sind bei der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz besonderen psychischen Belastungen ausgesetzt, wenn ein naher Familienangehöriger langsam die „Vielfalt seiner Person“ verliert. Häufig kommt es zu körperlicher und nichtkörperlicher Gewalt, ausgehend von den Menschen mit Demenz, auf welche die Pflegenden dann ebenso mit Gewalt reagieren, da sie mit der komplexen Pflegesituation überfordert und hilflos sind. Auch professionell Pflegende sind durch die herausfordernden Verhaltensweisen der Menschen mit Demenz besonderen psychischen Belastungen ausgesetzt. Die Enquetekommission betrachtet es als Herausforderung, hierfür geeignete Hilfestellungen zur Entlastung anbieten zu können.

³⁷ Deutsche Alzheimer Gesellschaft

Handlungsempfehlungen

Es bedarf einer verstärkten Sensibilisierung und des Respekts der Gesellschaft für Menschen mit Demenz. Der Mensch zeichnet sich nicht alleine durch seine kognitiven Fähigkeiten aus, sondern auch durch seine emotionalen, körperlichen und kommunikativen Fähigkeiten. Die Enquetekommission nimmt daher folgende Handlungsempfehlungen vor:

- a) Ein meritorischer Würdebegriff ist zu überwinden. In allen öffentlichen Publikationen soll Wert darauf gelegt werden, dass die Würde mit dem Menschsein untrennbar verbunden ist.
- b) Außenstehende sollen die Würde eines Menschen nicht bewerten.
- c) Die Informationskampagnen (z. B. Demenzkampagne) sollen fortgeführt werden.
- d) Demütigungen von Menschen mit Demenz im Pflegealltag – beispielsweise in Form von Gleichgültigkeit, Misshandlungen, Sedierungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen – soll vorgebeugt werden. Dies kann durch Wissensvermittlung in der Ausbildung, durch das Management und die Grundhaltungen der gesamten Gesellschaft geschehen.
- e) Der Umgang mit herausforderndem Verhalten soll in der Ausbildung von Pflegekräften stärker berücksichtigt werden. Beispielsweise können die Verweigerung von Nahrung oder aggressive Verhaltensweisen durch Reflexion der Widerstandsgründe und durch spezifische Interaktionsformen oftmals aufgelöst werden.
- f) Schulungen insbesondere für den Umgang mit und die Pflege von Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit sollen angeboten und beworben werden.
- g) Es sollen Informationsmaterialien entwickelt werden, die nicht die Erkrankung selbst, sondern die Bedeutung der Teilhabe für Menschen mit Demenz in den Vordergrund stellen.
- h) Die Enquetekommission begrüßt die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die darin berücksichtigte Orientierung am vorhandenen Unterstützungsbedarf, der über körperliche Einschränkungen hinausgeht.
- i) Die Enquetekommission sieht insbesondere im Bereich der Akutpflege den Bedarf, Konzepte zu entwickeln, die besser auf die Bedürfnisse und Anforderungen von Menschen mit demenzieller Erkrankung eingehen. Dazu muss der Aufbau und Einsatz von entsprechenden Pflegekompetenzen ermöglicht werden (hierzu auch Abschnitt 3.2.3 „Krankenhaus“ und Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“).
- j) Die Enquetekommission empfiehlt, einen gesellschaftlichen, politischen, ethischen Diskurs zu führen und dabei zu prüfen, in welchem Rahmen der Einsatz von technischen Unterstützungssystemen die Teilhabe von Menschen mit Demenz fördern kann.
- k) Um die Versorgung von Menschen mit Demenz entsprechend der angeführten Zielsetzungen zu ermöglichen, muss die Finanzierung von Pflegeleistungen angepasst werden (hierzu auch Kapitel 3.8 „Generationengerechte Finanzierung“).
- l) Die Landesregierung wird aufgefordert, sich bei den Pflegeversicherungen für den Aufbau einer Koordinationsfunktion zwischen professioneller, familiärer und ehrenamtlicher Begleitung für demenziell Erkrankte auf kommunaler Ebene einzusetzen.
- m) Die Landesregierung wird aufgefordert, ein Förderprogramm zur Erforschung und Verbesserung der Versorgung und Präventionsarbeit für Menschen mit Demenzerkrankungen zu entwickeln und aufzulegen.

- n) Rehabilitationseinrichtungen sollen Konzepte erarbeiten, um sich zukünftig gezielt auf Menschen mit demenzieller Erkrankung einstellen zu können. Darüber hinaus sollten spezielle Rehabilitationsangebote für Menschen mit Demenz erarbeitet und refinanziert werden.

Weitere Ausführungen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz finden sich in unterschiedlichen Kapiteln des Enqueteberichts wieder.

Teilhabe ermöglichen

Herausforderungen

Für die Lebensqualität von Demenzkranken ist die Erhaltung von Bezogenheit zur Lebenswelt von zentraler Bedeutung. Die Sorge und Unterstützung demenzkranker Menschen sollte daher teilhabeorientiert sein.

Menschen mit Demenz sollten wohnortnah mit einem Mix aus fachlicher, familiärer und bürgerschaftlicher Unterstützung versorgt werden.

Handlungsempfehlungen

- a) Es ist ein umfassender Sorgebegriff notwendig, der die Mitverantwortung sozialer Netzwerke betont. Dieser Sorgebegriff soll die Rahmenbedingungen für alle rehabilitativen und pflegerischen Bemühungen bilden. Die Begleitung und Versorgung wird nicht allein durch professionelle Pflegekräfte zu bewerkstelligen sein, es bedarf daher einer stärkeren Aktivierung sozialer Netzwerke. Dieses Netzwerk beinhaltet Familien, die Nachbarschaft, Freunde, Vereine und Kirchengemeinden, die ihrerseits eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von Demenzkranken ermöglichen. Zudem muss die Eigenverantwortung der Angehörigen von Demenzkranken sowie die der Kommunen gesteigert werden.
- b) Elemente der Teilhabeförderung und Teilhabestärkung sollen – ähnlich wie in der Behindertenhilfe – in der Pflege vermehrt Anwendung finden.
- c) Bestehende Fähigkeiten und Ressourcen von demenzkranken Menschen sollen in der Pflege erkannt und systematisch stimuliert werden.
- d) Die Enquetekommission appelliert an die Gesellschaft, im bürgerschaftlichen Engagement ihr Teilhabeversprechen einzulösen.
- e) Wohnortnahe Beratungsangebote und eine durch den Hilfemix aus fachlicher, familiärer und bürgerschaftlicher Unterstützung mögliche Infrastruktur sollen auf kommunaler Ebene weiter gefördert werden.
- f) Die Erkenntnisse aus dem Programm „Demenzfreundliche Kommune“ sollen landesweit kommuniziert werden.
- g) Die Enquetekommission regt an, eine Flexibilisierung des Leistungsrechts der Pflegeversicherung herbeizuführen, um neuartige Versorgungsformen im Hilfemix möglich zu machen.

Angehörige unterstützen und entlasten

Herausforderungen

Die alltäglichen Anforderungen bei der Pflege von Menschen mit Demenz stellen eine enorme psychische Belastung für die Angehörigen dar.

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen haben einen Anspruch auf eine fachliche Begleitung und Beratung.

Die Enquetekommission betrachtet es als wichtige Hilfestellung, pflegende Familienangehörige demenziell erkrankter Menschen zukünftig besser zu unterstützen und die Beratungssituation zu verbessern.

Handlungsempfehlungen

Die fachliche Begleitung und Beratung von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen soll unabhängig vom Regime und von der Art der Pflegeleistung, die in Anspruch genommen wird, sichergestellt werden. Die Enquetekommission gibt daher folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Case-Management, welches auf der Begleitung von Menschen mit Pflegebedarf zusammen mit ihren Angehörigen basiert, soll ausgebaut werden. Die Federführung bei diesem Ausbau ist vor Ort und kleinräumig anzusiedeln. Ebenso ist das Angebot an Selbsthilfegruppen und fachlicher Beratung flächendeckend auszubauen.
- b) Modelle wie der „Präventive Hausbesuch“ und „PräSenZ – Prävention für Senioren zu Hause“ sollen weiter verfolgt werden. Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, ausgehend von diesen Modellprojekten eine landesweite Struktur zugehender Beratung anzustoßen.
- c) Die Alzheimergesellschaft und andere Vereinigungen der Selbsthilfe für Menschen mit chronischen Erkrankungen sollen bei der Regionalisierung ihrer Tätigkeit unterstützt werden.
- d) Die Enquetekommission empfiehlt den Kranken- und Pflegekassen, ggf. in Kooperation mit Einrichtungen und weiteren Gesundheitsdienstleistern, Familienangehörigen spezifische Schulungen für den richtigen Umgang mit demenziell erkrankten Menschen anzubieten.
- e) Angebote der Familienbildung sollen auch die Bedürfnisse pflegender Angehöriger aufgreifen und entsprechende Kurse anbieten. Darüber hinaus empfiehlt die Enquetekommission den Aufbau eines Familienbegleitprogramms für pflegende Familienangehörige demenziell erkrankter Menschen.
- f) Kommunen, Kranken- und Pflegekassen sollen Pflegestützpunkte weiter ausbauen.
- g) Bei den in Kapitel „Familiäre Pflege“ vorgesehenen Handlungsempfehlungen soll ein besonderes Augenmerk auf pflegende Familienangehörige demenziell Erkrankter gelegt werden, vor allem zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote gegen psychische und physische Belastung für diese Gruppe sollen verbessert werden.

Präventionsangebote stärken

Herausforderungen

Die präventiven Potenziale in Bezug auf gefäßbedingte Demenzen sind als hoch einzustufen. Darüber hinaus können Symptome bei neurodegenerativer Demenzen durch Präventionsmaßnahmen deutlich hinausgezögert werden.

Die Präventionsmöglichkeiten im Zusammenhang mit Demenz werden jedoch bei weitem nicht ausgeschöpft.

Die Enquetekommission erachtet eine besondere Sensibilisierung bei der Pflege von Menschen mit geistigen Behinderungen als notwendig, da diese ein erhöhtes Risiko aufweisen, an Demenz zu erkranken.

Handlungsempfehlungen

Um die vorhandenen Präventionspotenziale in Bezug auf Demenz zukünftig besser zu nutzen, ist eine differenzierte Auseinandersetzung mit den verschiedenen Formen der Demenz und den entsprechenden Präventionspotenzialen notwendig. Die Enquetekommission nimmt hierzu folgende Handlungsempfehlungen vor:

- a) Die Bevölkerung soll verstärkt über die vorhandenen Präventionspotenziale aufgeklärt werden. Dabei soll z. B. durch Informationskampagnen über die Potenziale der Prävention und die Relevanz von Lebensstilen im Hinblick auf die Entstehung von demenziellen Erkrankungen aufgeklärt werden.
- b) Im Bereich der Heilerziehungspflege bzw. der Behindertenhilfe soll im Hinblick auf das erhöhte Risiko von Menschen mit einer geistigen Behinderung, an Demenz zu erkranken, sensibilisiert werden, damit Präventions- und Rehabilitationsmöglichkeiten ausgeschöpft werden können. Einrichtungen der Behindertenhilfe sollen entsprechend verstärkt präventive Maßnahmen im Bereich der Heilerziehungspflege bzw. der Behindertenhilfe durchführen.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt, Präventionsangebote in Bezug auf Demenz auszubauen. Insbesondere sollen Maßnahmen der tertiären Prävention gestärkt werden. Hierbei können individuelle Aktivierung, gezielte Medikation und weitere Maßnahmen von professionell Pflegenden, Ärzten und anderen Akteuren des Hilfesystems zur Anwendung kommen (hierzu auch Abschnitt 3.2.1 „Prävention“).

Den Umgang mit Demenz in der Aus- und Weiterbildung fördern

Herausforderungen

Bereits im Jahr 2020 wird voraussichtlich jeder fünfte Patient, der mit einem Herzinfarkt, einer akuten Infektion oder Knochenbrüchen nach Stürzen einer ärztlichen Behandlung bedarf, auch an einer Demenz leiden. Hieraus ergeben sich komplexe Pflegesituationen, auf die Pflegenden bereits in der Aus- und Weiterbildung entsprechend vorbereitet werden müssen, um zum einen die Sicherstellung einer guten Pflegequalität gewährleisten zu können und zum anderen Pflegenden vor Überlastungssituationen zu schützen.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission sieht den Bedarf, professionell Pflegenden bei der Pflege demenziell erkrankter Menschen besonders zu unterstützen, und gibt daher folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Das Personal in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen muss für diese Herausforderungen besser vorbereitet werden. Demenz muss stärker in die Ausbildungs-, Studien- und Weiterbildungspläne integriert werden.
- b) Es müssen Voraussetzungen geschaffen werden, damit auch zukünftig genügend Fachpersonal zur Versorgung bereitsteht. Die Enquetekommission empfiehlt, die Aus- und Weiterbildung von spezialisiertem Personal für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz auszubauen, damit ausreichend Personal mit spezifischem Fachwissen in allen Einrichtungen der Pflege zur Verfügung steht.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt, Weiterbildungen zum Thema „Pflege bei dementiellen Erkrankungen“ zu konzipieren.

Weitere Ausführungen zu dieser Thematik werden in den Kapiteln Arbeitsbedingungen – psychische Belastung bzw. Aus- und Weiterbildung vorgenommen.

Demenzdiagnostik verbessern

Herausforderungen

Menschen im hohen Alter werden schnell mit dem Etikett „Demenz“ versehen. Zum Teil werden Menschen als demenzkrank eingestuft, obwohl nie eine fachärztliche Diagnostik erfolgt ist.

Eine Differentialdiagnostik ist erforderlich, um Demenzerkrankungen und ihre Spezifität feststellen zu können.

In den Pflegeeinrichtungen fehlen Gerontopsychiaterinnen und Gerontopsychiater beziehungsweise Neurologinnen und Neurologen, die diese Diagnostik durchführen.

Die Enquetekommission betrachtet es als wichtige Zielsetzung, Demenz frühzeitig zu erkennen, um rechtzeitig geeignete Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahmen ergreifen zu können.

Handlungsempfehlungen

Um die Diagnostik im Bereich der Demenz zu verbessern, gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen:

- a) Im Rahmen der Diagnostik von Demenz soll eine fachärztliche Differentialdiagnostik durchgeführt werden, damit zunächst abgeklärt werden kann, ob – und wenn ja, welche Form der Demenz vorliegt. Anschließend kann dann mit entsprechenden Maßnahmen auf die spezifische Form der Demenz eingegangen werden.
- b) Es ist dringend notwendig, dass eine gerontopsychiatrische und gerontoneurologische Expertise, beispielsweise durch kontinuierliche ärztliche Besuchsdienste in stationären Einrichtungen, hinzugezogen wird. Diese soll dann die entsprechende pharmakotherapeutische Therapie sowie die Planung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen übernehmen. Hierzu müssen die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen und refinanziert werden.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt die Sensibilisierung der Angehörigen durch Informationen über die Gründe und die Notwendigkeit der Differentialdiagnostik bei Demenz. Hierzu können beispielsweise Kranken- und Pflegekassen, die Ärzteschaft oder die Alzheimer Gesellschaft entsprechende Angebote bereitstellen.

3.4.4 Menschen mit Behinderung Sachstand

Pflege wird häufig ausschließlich auf den Bereich der Altenhilfe begrenzt oder mit Begrifflichkeiten wie „alt“, „hochbetagt“ oder ähnlichen verbunden. Dabei wird jedoch übersehen, dass auch Menschen mit Behinderung unabhängig von ihrem Alter auf Pflege und Betreuung angewiesen sind.

Schwer- und mehrfachbehinderte Menschen sind, ebenso wie psychisch kranke alte Menschen, bislang wenig im Blick, wenn es 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. Aufgrund des im nationalsozialistischen Deutschland durchgeführten Euthanasieprogramms erreichen Menschen mit Behinderung erst in den vergangenen Jahren zunehmend auch ein höheres Lebensalter, in dem sich der Pflege- und Unterstützungsbedarf wandelt.

Tabelle 8: Schwerbehinderte Menschen mit Ausweis in Baden-Württemberg (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015)

	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Alle Altersgruppen	682.400	691.210	728.540	780.177	795.684	906.641	981.538
Unter 18 Jahre	19.408	19.888	19.470	20.494	21.477	22.623	22.854
18 bis unter 25 Jahre	10.680	11.201	11.674	12.807	13.925	15.262	15.725
25 bis unter 35 Jahre	25.630	23.751	22.186	22.774	23.938	26.285	28.145
35 bis unter 45 Jahre	51.106	53.228	52.326	52.271	50.164	49.136	45.802
45 bis unter 55 Jahre	80.872	85.522	88.376	96.115	103.285	113.495	116.474
55 bis unter 60 Jahre	67.183	67.850	73.258	79.921	81.141	87.027	89.427
60 bis unter 62 Jahre	44.072	37.433	34.581	37.206	42.463	46.099	44.944
62 bis unter 65 Jahre	62.278	66.887	62.035	58.388	57.300	73.543	79.234
65 Jahre und älter	321.171	325.450	364.634	400.201	401.991	473.171	538.933

Wie in Tabelle 8 deutlich wird, leben in Baden-Württemberg zunehmend mehr schwerbehinderte Menschen. Bei der Betrachtung aller Altersgruppen zeigt sich, dass im Jahr 2013 44 Prozent mehr schwerbehinderte Menschen in Baden-Württemberg lebten als im Jahr 2001. Die Altersgruppe, die am stärksten gewachsen ist, sind die 65-Jährigen und älter. Hier beträgt die Zunahme 68 Prozent.

Unterstützung von Angehörigen

Herausforderungen

Etwa 60 Prozent der erwachsenen Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung leben noch zu Hause und werden von hochbetagten Eltern betreut.

Die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ist für Familien mit einem Kind mit hohem Assistenz- und Pflegebedarf besonders schwierig zu bewerkstelligen.

Es besteht eine Korrelation zwischen der Schwere der Behinderung des Kindes und der Häufigkeit von Einelternfamilien – je schwerer die Behinderung, desto höher der Anteil der Einelternfamilien.

Die Enquetekommission hält es daher für notwendig, beim Ausbau der Kleinkindbetreuung hinreichend Plätze für Kinder mit schweren und Mehrfachbehinderungen vorzusehen. Ebenso wird die Anzahl der Arbeitstage, die berufstätigen Eltern nach § 45 Abs. 2 SGB V (Krankengeld bei Erkrankung des Kindes) zustehen, der Bedarfslage in diesem Kontext nicht gerecht. Des Weiteren besitzen pflegende Angehörige von Menschen mit schwerer Behinderung ein erhöhtes Risiko der Altersarmut. Es müssen daher Wege gefunden werden, wie die Altersarmut von pflegenden Elternteilen vermieden bzw. abgemildert werden kann.

Die Enquetekommission betrachtet es als Zielsetzung, eine vorausschauende Unterstützung von Eltern pflegebedürftiger Kinder zu ermöglichen, für den Fall, dass die Eltern im Laufe der Zeit selbst zum Pflegefall werden.

Des Weiteren muss der Zugang zu Hilfsmitteln erleichtert werden, um die Antragsteller an dieser Stelle vom bürokratischen Aufwand zu entlasten.

Handlungsempfehlungen

- a) Die Enquetekommission empfiehlt, die besonderen Bedürfnisse von Familien mit Kindern mit schweren und Mehrfachbehinderungen stärker in das Bündnis der Landesregierung mit den Kommunalen Spitzenverbänden zu integrieren. Die landesrechtlichen Vorschriften müssen an die Bedarfslage behinderter pflegebedürftiger Kinder angepasst werden.
- b) Das außerfamiliäre Betreuungsangebot für Kinder mit hohem Assistenz- und Pflegebedarf muss ausgebaut werden. Modelle von qualifizierten Notfall-Betreuungsangeboten, für den Fall, dass eine kurzfristige unvorhergesehene Betreuung notwendig wird, sind auf ihre Alltagstauglichkeit zu testen und wissenschaftlich zu begleiten.
- c) Es ist zu prüfen, ob und welche Konsequenzen die Einführung eines Kinderkrankengeldes ohne zeitliche Obergrenze verursachen würde.
- d) Die Enquetekommission empfiehlt, Maßnahmen zur Erleichterung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu prüfen. In diesem Zusammenhang sollen sich auch Arbeitgeber mit dem Thema auseinandersetzen und entsprechende Angebote entwickeln. Weitere Hinweise hierzu sind in Abschnitt 3.3.3 „Familiäre Pflege“ zu finden.
- e) Die Enquetekommission empfiehlt, Betreuungsangebote für Kinder mit hohem Assistenz- und Pflegebedarf für die Ferienzeit auszubauen, beispielsweise eine wohnortnahe stationäre Kurzzeitunterbringung zu ermöglichen.
- f) Die Enquetekommission fordert, Inklusion in Kinderbetreuungseinrichtungen und in der Schule weiter voranzutreiben.
- g) Die Enquetekommission empfiehlt den Kranken- und Pflegekassen sowie den Kommunen, die Beratung in Pflegestützpunkten auch hinsichtlich des Themas Pflege von Menschen mit Behinderung auszubauen.
- h) Die Enquetekommission fordert, Familienbegleiterinnen und Familienbegleiter auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe einzusetzen, die den Ablöseprozess gezielt begleiten können. Hierzu ist eine entsprechende Refinanzierung notwendig.
- i) Angebote der Familienbildung sollen auch die Bedürfnisse pflegender Angehöriger aufgreifen und entsprechende Kurse anbieten. Darüber hinaus empfiehlt die Enquetekommission den Aufbau eines Familienbegleitprogramms für pflegende Familienangehörige von Menschen mit Behinderung.
- j) Die Landesregierung wird aufgefordert, die Frage der Versorgung von Kindern mit Behinderung durch Eltern, wenn diese selbst die Pflegebedürftigkeit erreichen, in den Blick zu nehmen. Insbesondere sollen verschiedene Ansätze und Vorschläge, um die Pflegeleistungen in Bezug auf die Altersversorgung besser anzurechnen, berücksichtigt werden.
- k) Die Enquetekommission empfiehlt, die Gewährungspraxis der Krankenversicherung für Hilfsmittel zu überprüfen und zu vereinfachen.

Altersgerechtes und lebensweltorientiertes Wohnen

Herausforderungen

Menschen mit speziellen Pflegebedarfen benötigen zeitintensive Pflege und eine Begleitung, welche auf Kontinuität angelegt ist.

Das Wohnumfeld von Menschen mit Behinderung sollte altersgerecht und lebensweltorientiert sein. In den vergangenen Jahren werden Einrichtungen der Behindertenhilfe vermehrt damit konfrontiert, dass die darin wohnenden Menschen mit Behinderung älter und mitunter pflegebedürftig werden. Dadurch kommen neue Aspekte der Barrierefreiheit von Wohnungen und der Wohnumgebung in diesem Umfeld zum Tragen.

Die UN-BRK definiert Behinderung nicht mehr entlang der Defizite, sondern hebt die Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren, die sie an der Partizipation am gesellschaftlichen Leben hindern, in den Vordergrund. Dieses Verständnis ist in der Praxis noch nicht vollständig umgesetzt.

Die Enquetekommission betrachtet es als Chance, dass in Folge von Kooperationen oder bedingt durch den fachlichen Austausch der Inklusionsgedanke durch diese Entwicklung vermehrt auch in der Altenpflege verankert und umgesetzt werden kann. Um den veränderten Bedarfen gerecht werden zu können, betrachtet es die Enquetekommission als Zielsetzung, alternative Wohnformen weiterzuentwickeln und neue Angebote zu generieren.

Um die bereits dargelegte zukünftige Entwicklung bewältigen und pflegebedürftige Menschen mit Behinderung bedarfsgerecht bei der Bewältigung ihres Alltags unterstützen zu können, muss die Thematik bereits in der Pflegeausbildung berücksichtigt werden.

Handlungsempfehlungen

- a) Die Enquetekommission ist der Ansicht, dass es vermieden werden soll, dass junge Menschen mit Behinderung in Pflegeheimen untergebracht werden. Sie sollen eher in einer Einrichtung der Behindertenhilfe, die mit den entsprechenden Mitteln für eine bedarfsgerechte Versorgung ausgestattet werden muss, wohnen.
- b) Grundsätzlich sollen in diesem Zusammenhang zielgruppenspezifische, lebensweltorientierte, die Biografie berücksichtigende Versorgungsformen geschaffen werden.
- c) Dazu müssen Einrichtungen der Behindertenhilfe neue Kompetenzen aufbauen und entwickeln, um zusätzlich auf altersbedingte Einschränkungen eingehen zu können.
- d) Die Enquetekommission empfiehlt, dass sich auch Einrichtungen der Altenhilfe auf pflegebedürftige Menschen mit Behinderung vorbereiten sollen. Analog zu den Bereichen der Behindertenhilfe sind dazu die entsprechenden Kompetenzen aufzubauen.
- e) Die UN-BRK ist umzusetzen, mit dem Ziel, die komplette Partizipation zu garantieren. Dabei ist der Begriff der „Barrierefreiheit“ nicht nur auf die Baulichkeiten anzuwenden, sondern ebenso auf bedarfsspezifische Kommunikationsformen und -strukturen. Ebenso müssen die „Barrieren in den Köpfen“ abgebaut werden.
- f) Um dem zukünftig zunehmenden Bedarf gerecht werden zu können, empfiehlt die Enquetekommission, entsprechende Inhalte in den Ausbildungen aller beteiligten Berufsgruppen wie beispielsweise der Heilerziehungspflege zu berücksichtigen und curricular zu verankern.
- g) Die Enquetekommission empfiehlt, durch einen interdisziplinären Ansatz auch die Pflege von Menschen mit Behinderung im Curriculum der zukünftigen Ausbildung zu verankern. Dies soll bei der entsprechenden Ausgestaltung der Ausbildungsinhalte berücksichtigt werden.

- h) Die Enquetekommission empfiehlt, Aspekte der Heilerziehungspflege in die aktuelle Ausbildung der Altenpflege und umgekehrt zu integrieren. Dies ist bei zukünftigen Ausbildungsmodellen ebenso zu berücksichtigen.
- i) Die Enquetekommission empfiehlt, Fachkräfte der Heilerziehungspflege in die Definition der Fachkraftquote für die stationäre Altenpflege aufzunehmen und zu berücksichtigen.

Weitere Ausführungen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderung finden sich in unterschiedlichen Kapiteln des Enqueteberichts wieder.

Schnittstellen

Herausforderungen

Auch Menschen mit Demenz sind Menschen mit Behinderung im Sinne des § 2 SGB IX. Die derzeitigen Regelungen haben zur Folge, dass älteren Menschen mit Behinderung Leistungen der Eingliederungshilfe nicht zugänglich sind, obwohl weiterhin Teilhabebedarfe bestehen. Eine Koordination zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe fehlt.

Wie bereits dargelegt, müssen zukünftig auch in der Behindertenarbeit neue Bedarfe älterer Menschen mit Behinderung berücksichtigt werden. Dabei darf die Schnittstellenproblematik bei Kostenträgern nicht zu einem „Verschiebebahnhof“ führen.

Handlungsempfehlungen

- a) Die Enquetekommission empfiehlt, den Fokus auf eine Kooperation von Pflege und Eingliederungshilfe zu legen – wobei die Situation älter werdender pflegebedürftiger Menschen mit Behinderung besondere Aufmerksamkeit verdient.
- b) Die Enquetekommission empfiehlt, zu prüfen, inwiefern das SGB XI in das SGB IX einbezogen werden kann. Hierbei sind besonders die Zusammenführung der Verfahrens- und Begutachtungsvorschriften zu prüfen. In diesem Zusammenhang appelliert die Enquetekommission an die Bundesregierung, Schnittstellen bei der Finanzierung von SGB XI und SGB IX zu synchronisieren sowie weitere Lösungsansätze auszuarbeiten und umzusetzen. Ferner wird empfohlen, die Schnittstellen zum SGB XII ebenfalls zu synchronisieren.
- c) Die Enquetekommission fordert, den Erfahrungsaustausch zwischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und Einrichtungen der Altenhilfe zu intensivieren.
- d) Die Enquetekommission appelliert an die Einrichtungen der Behinderten- und Altenhilfe, Fort- und Weiterbildungen zum Thema Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Behinderung zu ermöglichen.

Finanzierung

Herausforderungen

Die Enquetekommission ist der Ansicht, dass Pflege von Menschen mit Behinderung besser im Leistungsrecht abgebildet werden muss, als dies derzeit der Fall ist. Daher sieht es die Enquetekommission als wichtige Zielsetzung an, die Finanzierung dieses Sektors grundsätzlich zu verbessern. Ebenso sollte es nach Ansicht der Enquetekommission ein Ziel sein, mehr Selbstverantwortung und Selbstbestimmung durch Persönliche Budgets zu ermöglichen.

Handlungsempfehlungen

- a) Die Enquetekommission begrüßt die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das Pflegestärkungsgesetz II. Der Unterstützungsbedarf darf nicht lediglich auf körperlichen Einschränkungen begrenzt werden.
- b) Die Enquetekommission ist der Ansicht, dass zur Umsetzung der Zielsetzungen und zur Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen im Pflegebereich insgesamt mehr Geld in das System fließen muss. Weitere Ausführungen hierzu im Kapitel 3.8 „Generationengerechte Finanzierung“.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt, Erprobungen von Persönlichen Budgets zuzulassen und zu ermöglichen. Das Persönliche Budget darf dabei nicht zum Abbau vorgehaltener Leistungen führen. Die Rückkehr zu Sachleistungen muss jederzeit ermöglicht werden.
- d) Die Enquetekommission appelliert an die Kranken- und Pflegekassen, Anträge und Verwendungsnachweise für Pflege-, Hilfs- und Unterstützungsleistungen sowie Persönliche Budgets zu vereinfachen und Erprobungen diesbezüglich unbürokratisch umzusetzen.

Forschung

Herausforderungen

Bislang ist der Zusammenhang zwischen chronischen Erkrankungen im höheren Lebensalter und Behinderungen noch zu wenig bekannt. Wissenslücken existieren auch bezüglich der Frage, wie durch Prävention und Rehabilitation Behinderungen vermieden, reduziert oder rückgängig gemacht werden können. Darüber hinaus gilt es, mehr über die Risiken und Ressourcen der Gruppe älterer Menschen zu erfahren, die bereits mit einer Behinderung geboren wurden bzw. diese sehr früh erworben haben. Dies ist notwendig, um zielgruppengerechte Formen von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation entwickeln zu können.

Handlungsempfehlungen

Die Landesregierung wird aufgefordert, die Datenlage zur Situation von Personengruppen mit spezifischen Pflegebedarfen zu verbessern, unter anderem zum Pflegebedarf älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie für ältere Menschen mit Schwerst- und Mehrfachbehinderung. Es ist eine Debatte darüber 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.

3.4.5 Psychische Gesundheit

Ambulante psychiatrische Pflege

Herausforderungen

In Baden-Württemberg gibt es 13 ambulante psychiatrische Pflegedienste. Es kann daher nicht von einer flächendeckenden fachspezifischen Versorgung gesprochen werden. Die schlechte Vergütungssituation für Leistungen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) führt dazu, dass notwendige Strukturen nicht ausreichend finanziert und aufgebaut werden können.

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die häusliche psychiatrische Pflege haben eine begrenzte Diagnoseliste zur Grundlage, welche die Bedarfsrealität nur unzu-

reichend abbildet. Des Weiteren enthalten sie eine Orientierung auf eine Begrenzung der Behandlung auf vier Monate, was Versorgungsabbrüche fördert.

Die Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sind für die Patientinnen und Patienten oftmals schwierig zu bewältigen. Daher sollten die Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungsformen flexibler und dynamischer gestaltet werden, um Versorgungsabbrüche zu vermeiden.

Die Enquetekommission betrachtet es als Zielsetzung, die Versorgung durch ambulante psychiatrische Dienste in Baden-Württemberg flächendeckend auszubauen und sicherzustellen. Hierzu müssen die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Handlungsempfehlungen

Die ambulante psychiatrische Versorgung soll ausgebaut werden. Hierzu gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Finanzierung der ambulant psychiatrischen Pflege muss künftig kostendeckend sein. Daher sollen die Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V überarbeitet werden. Insbesondere die momentan in der Praxis bestehende Lücke bei der Langzeitversorgung im ambulanten Bereich soll geschlossen werden.
- b) Es sollen Modelle erprobt werden, die eine Personalkontinuität gewährleisten, um Beziehungsabbrüche zu vermeiden und das flexible Variieren der Betreuungsintensität zu ermöglichen. Diesbezüglich empfiehlt die Enquetekommission, Modelle der integrierten Versorgung zu erproben.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt den Kostenträgern und Leistungserbringern zu prüfen, wie die Versorgung durch ambulante psychiatrische Dienste in Baden-Württemberg ausreichend sichergestellt werden kann, und einen entsprechenden Ausbau vorzunehmen.

Ausbildung

Die komplexer werdenden Problemlagen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Verkürzung der Verweildauern im stationären Bereich erfordert eine höhere fachliche Qualifikation der Pflegenden.

Die Ausbildungssituation für den Bereich der psychiatrischen Pflege sollte in Anbetracht der geplanten gemeinsamen Pflegeausbildung verbessert werden. Der darin vorgesehene Ausbildungsanteil für psychiatrische Pflege könnte die Qualität der pflegerischen Versorgung in psychiatrischen Settings gefährden, da in einem Modell lediglich 80 Stunden in psychiatrischen Einrichtungen vorgesehen sind.

Die pflegerische Versorgung in der Psychiatrie muss eine evidenzbasierte Grundlage haben. Hierfür braucht es spezifisch für die psychiatrische Pflege akademisch qualifiziertes Pflegepersonal, das patientennah eingesetzt wird. Die derzeitige Situation von fünf Jahren Aus- und Weiterbildung (Krankenpflegeausbildung mit anschließender Fachweiterbildung Psychiatrie) ohne akademischen Abschluss ist nicht attraktiv.

In Anbetracht der Ambulantisierung wird die Gewinnung und Bindung von qualifiziertem Personal für patientennahe Tätigkeiten von großer Bedeutung sein. Dafür braucht es Studieninhalte mit einer vertieften Expertise (Advanced Nursing Practice), die für die Tätigkeit direkt am Patienten und insbesondere für die Pflege von Menschen mit eingeschränkter psychischer Gesundheit qualifizieren.

Für das Pflegepersonal mit Fachweiterbildung muss eine Anschlussfähigkeit in den tertiären Bildungsbereich geschaffen werden.

Die Enquetekommission sieht es daher als Zielsetzung an, in Baden-Württemberg die Akademisierung auch im Bereich der psychiatrischen Pflege zu ermöglichen.

Handlungsempfehlungen

Um die Qualität der psychiatrischen Pflege in Baden-Württemberg auch zukünftig zu gewährleisten, nimmt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen vor:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, im Bereich der psychiatrischen Pflege eine Initiative zur Personalgewinnung und Personalqualifizierung zu starten.
- b) In Curricula der (gemeinsamen) Pflegeausbildung muss der psychiatrischen Pflege hinreichend Raum gegeben werden. Die vorgesehenen 80 Stunden Praxiseinsatz sind zu wenig und sollen erhöht werden.
- c) Des Weiteren sollen spezielle Weiterbildungen für (gemeinsam) ausgebildete Pflegekräfte im Bereich der psychiatrischen Pflege ausgebaut werden. Dabei soll auf die Vergleichbarkeit der Curricula geachtet werden.
- d) Eine ECTS-Akkreditierung³⁸ der Fachweiterbildung für psychiatrische Krankenpflege sollte angestrebt werden.
- e) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die Einrichtung von Studiengängen zu Psychiatrische Pflege/Mental Health.

Weitere Ausführungen hierzu im Abschnitt 3.6.7 „Akademisierung der Pflegeberufe“.

Qualität der psychiatrischen Versorgung

Herausforderungen

Die Enquetekommission betrachtet es als Herausforderung für die psychiatrische Versorgung in Baden-Württemberg, Strukturen und Angebote zu schaffen, mit denen die im WHO Mental Health Action Plan 2013–2020 vorgesehene Zielsetzung, Recovery zu ermöglichen (Ermutigungsansatz), gefördert wird.

Weiter betrachtet es die Enquetekommission als Zielsetzung, evidenzbasierte psychiatrische Pflege in den unterschiedlichen Versorgungssettings anbieten zu können. Dazu ist es zunächst notwendig, einen ausreichenden Wissenskörper der psychiatrischen Pflege aufzubauen, da diese in Deutschland bislang nur wenig beforscht ist und akademische Strukturen erst in der Entstehung sind.

In der psychiatrischen Versorgung sind mehr gerontopsychiatrische Fachkräfte notwendig, um den Bedarf abzudecken.

Bestehende Unsicherheiten im Rahmen des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes sollten behoben werden.

Handlungsempfehlungen

- a) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, psychiatrische Dienstleistungen an den Grundsätzen von Recovery auszurichten. In diesem Zusammenhang sollen auch Experten aus Erfahrung³⁹ in die Dienstleistungen der psychiatrischen

³⁸ Europäisches Kreditpunktesystem ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System)

³⁹ Nähere Informationen unter <http://www.ex-in.de/>

Versorgung eingebunden werden. Hierzu sollen geeignete Modelle entwickelt und durch die Landesregierung initiiert werden.

- b) Es ist verstärkt auf die Angebote der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen (IBB-Stellen) hinzuweisen.
- c) Durch Forschungsaufträge müssen das theoretische Wissen und die empirische Datenlage in der psychiatrischen Pflege verstärkt werden.
- d) Die gerontopsychiatrischen Spezialdienste sollen ausgebaut werden und eine Vereinbarung über die Vergütung dieser Leistungen getroffen werden.
- e) Die Enquetekommission empfiehlt eine Evaluation des Psychisch-Kranke-Hilfegesetzes, insbesondere hinsichtlich der Dauer von Entscheidungsfindungsphasen und der Schaffung von Sicherheit vor Ort.

Finanzierung

Herausforderungen

Der Bedarf an psychiatrischer Pflege wird derzeit in großem Maße durch stationäre Angebote gedeckt. Im Rahmen einer lebensraumbezogenen Versorgung von Menschen mit eingeschränkter psychischer Gesundheit muss sie jedoch auch fester Bestandteil der ambulanten Pflege werden. Hierzu müssen entsprechende Finanzierungsmodelle ermöglicht werden. Ein Ansatz könnte die integrierte Versorgung sein. Grundsätzlich sollte die Finanzierung der psychiatrischen Pflege verbessert werden. Diesbezüglich ist die aktuelle Entwicklung mit dem geplanten, Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) aufmerksam und kritisch zu verfolgen.

Handlungsempfehlungen

- a) Die Kranken- und Pflegekassen sowie Träger werden aufgefordert, ein Konzept zur Schaffung und Gestaltung von integrierten Versorgungsstrukturen mit regionalen persönlichen Budgets für ambulante psychiatrische Pflege zu entwickeln.
- b) Um auch zukünftig eine bedarfsgerechte Versorgung durch psychiatrische Pflege in Baden-Württemberg zu ermöglichen, soll nach Ansicht der Enquetekommission mehr Geld in das System fließen. Nähere Ausführungen hierzu im Kapitel 3.8 „Generationengerechte Finanzierung“.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Entwicklung bezüglich der zukünftigen Finanzierung der psychiatrischen Versorgung aufmerksam zu verfolgen. Die derzeit bekannten Parameter des PEPP lehnt die Enquetekommission ab.

3.4.6 Palliativversorgung

Sachstand

Da zunehmend mehr schwerstkranke und auch Patienten in der Nähe des Lebensendes nach der Krankenhausbehandlung nicht in die eigene Häuslichkeit zurückkehren können, ist der Umzug in ein Altenpflegeheim und ein eher kurzer Verbleib in der Einrichtung bis zum Tode eine häufiger werdende Folge. Damit hat sich das Anforderungsprofil an das Pflegepersonal in Bezug auf den Bedarf an palliativpflegerischen und palliativmedizinischen Maßnahmen in der stationären Altenpflege erhöht.

Dabei ist zu beachten, dass die palliative Versorgung nicht als analoger Bestandteil der allgemeinen pflegerischen Versorgung betrachtet werden darf, sondern weitergehende Anforderungen erfüllen muss.

Formen der Palliativversorgung

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen. AAPV beinhaltet die Palliativversorgung, die von Leistungserbringern der Primärversorgung (in erster Linie die niedergelassenen Haus- und Fachärzte sowie die ambulanten Pflegedienste) mit palliativmedizinischer Basisqualifikation erbracht werden kann. Geschulte bürgerschaftlich engagierte Hospizmitarbeiterinnen und Hospizmitarbeiter werden je nach Bedarf aktiv eingebunden. Reichen die therapeutischen Möglichkeiten nicht aus, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden, sind die Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung einzubeziehen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) richtet sich an Palliativpatientinnen und Palliativpatienten und deren soziales Umfeld, wenn die Intensität oder Komplexität der aus dem Krankheitsverlauf resultierenden Probleme den Einsatz eines spezialisierten Palliativteams (Palliative Care Team) notwendig macht – vorübergehend oder dauerhaft. Sie erfolgt im Rahmen einer ausschließlich auf Palliativversorgung ausgerichteten Versorgungsstruktur.⁴⁰

Hospiz- und Palliativgesetz

Der Bundestag hat am 5. November 2015 das neue Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) beschlossen. Die darin enthaltenen Maßnahmen zielen darauf ab:

- In strukturschwachen und ländlichen Regionen die Palliativversorgung weiter auszubauen und die Hospizbewegung zu unterstützen.
- Die Vernetzung von Angeboten der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der hospizlichen Begleitung sicherzustellen und die Kooperation der daran beteiligten Leistungserbringer zu gewährleisten.
- Die Palliativversorgung als Teil der Regelversorgung in der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zu verankern und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) flächendeckend zu verbreiten.
- Die finanzielle Förderung stationärer Kinder- und Erwachsenen hospize sowie ambulanter Hospizdienste zu verbessern.
- Die Palliativversorgung und Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu stärken.
- Die Versicherten gezielt über bestehende Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung zu informieren und Pflegeheimbewohnern eine individuelle Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zu ermöglichen. Dabei sollten Angehörige und Betreuer involviert werden, da die Pflegeheimbewohner oft nicht mehr in der Lage sind, die Versorgungsplanung zu erfassen.

⁴⁰ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Kontinuierliche palliative Begleitung

Herausforderungen

Die meisten Menschen wünschen sich, zu Hause in Würde sterben zu können. Die Rahmenbedingungen müssen daher eine frühzeitige und kontinuierliche palliative Begleitung ermöglichen. Auch in den Einrichtungen der stationären Altenpflege und der ambulanten Pflege sollte eine ganzheitliche Pflege von Sterbenden möglich sein. Die Basis dafür ist eine professionelle Pflegebeziehung mit den Betroffenen, d. h. mit erkrankten oder sterbenden Menschen sowie mit ihren Angehörigen.

Das Ziel sollte sein, auch in der letzten Lebensphase die größtmögliche Lebensqualität zu ermöglichen. Palliative Kompetenzen müssen daher in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung gestärkt und ausgebaut werden. In diesem Zusammenhang sollte auch die ambulante Versorgung von lebensbedrohlich erkrankten Kindern verbessert werden.

Die Enquetekommission betrachtet es als Zielsetzung, Palliativversorgung flächendeckend zu gewährleisten. Daher sollten zunächst die Angebote der AAPV ausgebaut werden. Die Versorgungssituation durch die SAPV und ambulante Hospizdienste in Baden-Württemberg muss ebenfalls verbessert werden. Dabei sollte jedoch berücksichtigt werden, dass eine flächendeckende Versorgung mit Angeboten der SAPV mit hohen finanziellen und personellen Aufwendungen verbunden ist.

Handlungsempfehlungen

Die Pflegebeziehung bedarf ausreichender finanzieller und personeller Ressourcen, um vertrauensbildende Maßnahmen und beratende Gespräche sowie die Koordination und die Erbringung der Versorgung im ambulanten wie im stationären Bereich zu ermöglichen. Die Enquetekommission gibt daher folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Um eine ganzheitliche und palliative Pflege von Sterbenden zu ermöglichen, benötigen Pflegenden entsprechende Ressourcen, insbesondere ausreichend Zeit. Es sollen entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen und refinanziert werden. Palliativversorgung soll so früh wie möglich einsetzen.
- b) Die Enquetekommission begrüßt die im Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vorgesehene Kooperationsvereinbarung zwischen hausärztlichen Leistungserbringern zur besseren Hospiz- und Palliativversorgung. Es wird empfohlen zu evaluieren, ob die beabsichtigten Effekte damit erreicht werden können.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt die Stärkung der AAPV insbesondere dadurch, dass Pflegeheime diese Leistungen bei entsprechender Refinanzierung selbst oder durch Dritte in Kooperation erbringen können. Zudem ist das Angebot an Palliativ-Konsilen verstärkt in Pflegeheimen anzubieten.
- d) Darüber hinaus soll ein gezielter, bedarfsgerechter Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, der Brückenpflege sowie der ambulanten Hospizdienste stattfinden.
- e) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, palliative Versorgung in ihre bestehenden Strukturen einzubetten und als Element in ihr Versorgungskonzept zu integrieren.
- f) Die Unter- und Fehlversorgung von lebensbedrohlich und lebensverkürzend erkrankten Kindern ist auch unabhängig von SAPV-Versorgungskonzepten aufzugreifen. Das Angebot in der ambulanten Hospizarbeit für Kinder soll ausgebaut werden. In SAPV-Teams sollen entsprechend ausgebildete Kinderärztinnen und Kinderärzte eingebunden werden.

- g) Die Angehörigen von Sterbenden sollen ebenfalls palliativ beraten und begleitet werden. Dadurch können Krisen abgeschwächt und außerdem unnötige und kostenintensive Klinikaufenthalte vermieden werden.
- h) Exemplarisch sollen Care- und Case-Management-Strukturen regional gefördert werden, welche die Kooperation der bestehenden Akteure fördern, Versorgungsdefizite identifizieren und schließen helfen. Bereits bestehende Strukturen und Angebote in einzelnen Regionen Baden-Württembergs können im Wege einer Modellfinanzierung gefördert und wissenschaftlich begleitet werden.

Aus- und Weiterbildung

Herausforderungen

Der Palliativ- und Hospizgedanke sollte in der Regelversorgung verankert werden. Dies hätte zur Folge, dass Pflegekräfte bei der Pflege und Begleitung von Sterbenden mehr Sicherheit erhalten. Die Grundlagen der Palliativversorgung sollten daher Teil von unterschiedlichen Ausbildungselementen in den Gesundheitsberufen sein.

Nach den Richtlinien der European Association for Palliative Care (EAPC) sollten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitsbereich Grundkenntnisse in Palliativ Care vorweisen. Dazu sind entsprechende Weiterbildungen notwendig, die der Entwicklung einer palliativen Haltung und der interprofessionellen Vernetzung der Versorgungsstrukturen dienen. Nur auf Grundlage dieses fachlichen Wissens im Bereich der Palliativ Care kann sich in der stationären und der ambulanten Pflege eine palliative Kultur entwickeln.

Handlungsempfehlungen

- a) Die Enquetekommission empfiehlt, die Elemente der Palliativversorgung in das Medizinstudium und die gemeinsame Pflegeausbildung zu integrieren. Palliative Grundkenntnisse sowie die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit menschlichen Lebens sollen Bestandteil der Curricula der Ausbildung von Pflegekräften sowie Ärztinnen und Ärzten sein. Darüber hinaus sollen spezialisierte Weiterbildungen beziehungsweise Studiengänge angeboten werden, die vertiefte Fachkenntnisse ermöglichen.
- b) Neben der Wissensvermittlung soll die Aus- und Weiterbildung mehr Praxisreflexion und Elemente der Persönlichkeitsentwicklung beinhalten, um belastende Situationen wie den Umgang mit Schmerz, Leid und Tod besser bewältigen zu können.
- c) In diesem Zusammenhang muss Supervision als Maßnahme der Praxisreflexion im Gesundheitswesen gefördert werden. Die Landesregierung wird daher aufgefordert, sich dafür einzusetzen, die Supervision von Sterbebegleitung für haupt- und ehrenamtlich Tätige zu sichern.
- d) Die Landesregierung wird aufgefordert, den Lehrstuhl für Palliativversorgung zu erhalten.
- e) Führungskräfte von Pflegeheimen und Pflegediensten sollen gezielt zu rechtlichen und ethischen Gesichtspunkten bzgl. Palliative Care weitergebildet werden. Dadurch wird ihre Handlungs- und Entscheidungssicherheit gefördert, was wiederum den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an der Basis Handlungssicherheit gibt.
- f) Ebenso notwendig sind Weiterbildungen in den Grundprinzipien von Palliative Care auch für Vertreter der Heimaufsicht und des medizinischen Dienstes der Krankenkassen.

- g) Spiritual Care in ein wichtiger Bestandteil von Palliative Care. Dies soll in der Aus- und Weiterbildung berücksichtigt werden, damit Sterbende auch für die seelischen Prozesse eine kompetente Begleitung findet.

Zugangsbarrieren abbauen

Herausforderungen

Die Angebote der palliativen Versorgung und der Hospizarbeit sind zu wenig bekannt oder es bestehen falsche Vorstellungen davon.

Besonders Migrantinnen und Migranten sehen sich nach wie vor mit Zugangsbarrieren für das Angebot der Hospiz- und Palliativversorgung konfrontiert.

Ziel sollte es daher sein, die Angebote bekannter zu machen und auch interkulturelle und interreligiöse Kompetenzen bei der Palliativversorgung zu stärken sowie Zugangsbarrieren abzubauen.

Die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den existenziellen Themen Abschied, Sterben und Tod sollte intensiviert und gefördert werden.

Bisher wird die Beratung durch ambulante Hospizdienste nicht durch die Krankenkassen finanziert, sondern nur im Rahmen einer ehrenamtlichen Sterbebegleitung nach § 39a Abs. 2 SGB V gefördert. Auch die hospizliche Begleitung durch bürgerschaftlich Engagierte sollte von den Krankenkassen gefördert werden.

Derzeit wird in ländlichen Regionen oftmals die Mindestanzahl an Engagierten für die Abrechnung von Koordinationsarbeiten für ambulante Hospizdienste nicht erreicht.

Die Enquetekommission betrachtet es daher als Ziel, über die Angebote der palliativen Versorgung zu informieren und diese bei den jeweiligen Zielgruppen bekannt zu machen. Des Weiteren muss es gelingen, den jeweiligen Zielgruppen den Zugang zur palliativen Versorgung zu ermöglichen.

Handlungsempfehlungen

Die Beratungsstruktur zur palliativen Pflege soll ausgebaut und Zugangsbarrieren abgebaut werden. Hierzu nimmt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen vor:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, eine Informationskampagne über die Angebote der palliativen Versorgung und der Hospizarbeit zu initiieren. Dabei sind die verschiedenen Zielgruppen der Palliativversorgung wie beispielsweise Migrantinnen und Migranten und Kinder spezifisch zu berücksichtigen. Eine Informationsweitergabe in Medien, die von Menschen mit Migrationshintergrund genutzt werden, könnte die Inanspruchnahme palliativer Versorgung positiv beeinflussen.
- b) Die Enquetekommission empfiehlt die Vernetzung mit anderen lokalen Akteuren wie beispielsweise Gemeinden und Kulturvereinen, Migrationsberatungsstellen und Initiativen im Bereich Gesundheit und Migration.
- c) Die Enquetekommission regt die Einbindung von Kontakten aus dem persönlichen Umfeld der potentiell Betroffenen und deren Angehörigen sowie Hausärztinnen und Hausärzten an, um eine Erfassung der Bedürfnisse zu ermöglichen. Dadurch können ggf. Zugangsbarrieren abgemindert werden.
- d) Die Enquetekommission empfiehlt eine aktive interkulturelle Öffnung sowie das verstärkte Anwerben von bürgerschaftlich Engagierten mit Migrationshintergrund.
- e) Die Enquetekommission regt eine Förderung des bürgerschaftlichen Engagements im Palliativ- und Hospizbereich an.

- f) Beratungsleistungen von entsprechend qualifiziertem hauptamtlichem Personal ambulanter Hospizdienste sollen refinanziert werden. Ebenso soll die hospizliche Begleitung in Krankenhäusern durch bürgerschaftlich Engagierte von den Krankenkassen gefördert werden.
- g) Für ländliche Regionen sollen entsprechend angepasste Möglichkeiten geschaffen werden, so dass bestehende Potenziale der ehrenamtlichen Sterbebegleitung auch genutzt werden können.

Finanzierung

Herausforderungen

Die Leistungen der Palliative Care in nicht spezialisierten Strukturen sind zum Teil nicht abrechenbar.

Es bedarf einer finanziellen Sicherstellung der palliativen ambulanten Versorgung sowie der Brückenpflege.

Handlungsempfehlungen

- a) Das Finanzierungssystem SGB V und SGB XI in der ambulanten Pflege soll um nicht-behandlungsbezogene Pauschalen erweitert werden. Die Vernetzung von ambulanten Pflegeteams mit Brückenpflege und SAPV-Teams sollte gefördert werden.
- b) Die Enquetekommission empfiehlt, die Brückenpflege für alle Patientinnen und Patienten in einer palliativen Situation zugänglich zu machen und diese nicht lediglich auf Menschen mit Tumorerkrankungen zu begrenzen. Unnötige Krankenhauseinweisungen, Drehtüreffekte, Krisen und Belastungen der betroffenen Menschen können damit vermieden werden. Deshalb soll die Brückenpflege weiter ausgebaut und deren ausreichende Finanzierung über Zuschläge gemäß § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG sichergestellt werden.
- c) Es sollen Qualitätsmerkmale und neue Vergütungsmodelle entwickelt werden, welche die Arbeitsweise der Palliative Care in nicht spezialisierten Strukturen (niedergelassene Arztpraxen, Krankenhäuser der Allgemeinversorgung, ambulante Pflegedienste und Pflegeheime) berücksichtigen und ihre Leistungen abbilden.
- d) Palliative Care braucht Freiräume, die sich nicht in abrechenbaren Pflegehandlungen abbilden. Diese Freiräume müssen refinanziert werden.
- e) Die Finanzierung von Hospizen soll verbessert werden.

Forschung

Herausforderungen

Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe sollten dabei unterstützt werden, ihre Erfahrungen der Palliativarbeit systematisch zu erfassen und der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Die finanzielle Sicherstellung praxisnaher Forschung durch Modellprojekte und deren Evaluation sollte nach Ansicht der Enquetekommission ermöglicht werden.

Handlungsempfehlungen

- a) Das Konzept von Palliative Care als interprofessionelle betroffenenorientierte Versorgung und als Modell für die allgemeine Gesundheitsversorgung muss weiter erforscht

werden. Die Enquetekommission empfiehlt, hierzu entsprechende Förderprogramme einzurichten.

- b) Die Enquetekommission empfiehlt, die bereits gesammelten Erfahrungen von Einrichtungen, die Ansätze der Palliativarbeit implementiert haben, wissenschaftlich auszuwerten, zu vergleichen und zu publizieren. Hierzu sollen entsprechende Forschungsprojekte generiert werden.

3.5 Arbeitsbedingungen

Pflegekräfte in Baden-Württemberg

Für die Versorgung der 154.176 Menschen mit Pflegebedarf durch die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg standen zum Jahresende 2013 landesweit 122.420 Beschäftigte zur Verfügung. Darunter waren 42.603 Personen in Vollzeit und 79.817 Personen in Teilzeit beschäftigt. Die stationären Einrichtungen beschäftigten insgesamt 90.597, die ambulanten Einrichtungen 31.823 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Der Anteil der Frauen am Personal insgesamt betrug 86 Prozent.

Tabelle 9: Personalsituation Pflege in Baden-Württemberg (Statistisches Landesamt 2015)

Land Baden-Württemberg	2001	2003	2005	2007	2009	2011	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
Krankenschwester, Krankenpfleger (Gesundheits- und Krankenpfleger/in)	11643	14413	15719	16317	16091	16525	16759
Krankenpflegehelfer/-in	2264	2538	2159	2262	2118	2209	2260
Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in)	826	1088	1122	1249	1145	1204	1224
Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in	433	545	526	634	625	634	677
Heilerziehungspflegehelfer/in	82	93	78	95	122	91	68
Heilpädagogin, Heilpädagoge	34	45	49	37	42	42	47
Ergotherapeut/in	359	421	411	464	598	552	569
Physiotherapeut/in	-	-	-	84	95	88	105
sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	445	493	546	543	582	554	658
sozialpädagogischer, sozialarbeiterischer Berufsabschluss	606	688	752	723	839	810	845
Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss	308	324	327	292	290	310	303
Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss	66	78	71	99	66	59	71
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH / Uni)	124	187	220	475	373	450	453
sonstiger pflegerischer Beruf	3392	3035	2673	2435	2530	4526	4283
Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen	390	455	413	631	517	446	545
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	2684	3140	3244	4718	4032	4345	4672
sonstiger Berufsabschluss	15668	17604	18673	20102	23549	26424	27266
ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung	21490	22953	22964	20830	23841	24003	26412

Ausgehend von der Hochrechnung für das Jahr 2030 der Menschen mit Pflegebedarf, die voraussichtlich von ambulanten und stationären Einrichtungen versorgt werden, kann auch auf den wahrscheinlichen zukünftigen Bedarf an Pflegekräften geschlossen werden. Die Modellrechnung geht dabei davon aus, dass sich das Verhältnis von Menschen mit Pflegebedarf zu Pflegepersonen bis 2030 nicht wesentlich ändert. Dann würde sich ausgehend vom Jahr 2011 bis zum Jahr 2030 der Bedarf an Pflegekräften und sonstigem Pflegepersonal um 53.000 Personen bzw. 45 Prozent erhöhen und läge somit bei rund 168.000 Personen. Unsicher an dieser Berechnung ist allerdings die Entwicklung der Zahl der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger, also der Menschen, die zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt werden. Bedingt durch die sich ändernden gesellschaftlichen Bedingungen dürfte das häusliche Pflegepotenzial weiter abnehmen. Dadurch würde die professionelle Pflege stärker zunehmen und damit auch der hierfür notwendige Personalbedarf.

Für das Land Baden-Württemberg kann insgesamt konstatiert werden, dass der Beruf der staatlich anerkannten Altenpflegerin bzw. des staatlich anerkannten Altenpflegers die größte Gruppe der professionell Pflegenden stellt. Hier hat es im Zeitraum zwischen 2001 bis 2013 eine Verdoppelung von 14.771 auf 29.464 examinierte Pflegekräfte gegeben. Auch vor dem Hintergrund neuer Konzepte im stationären Bereich der Altenpflege, neuer Wohngruppenmodelle und dem langen Verbleib von Menschen mit Pflegebedarf im häuslichen Bereich steigt die Zahl der Personen im hauswirtschaftlichen Bereich im genannten Zeitraum ebenfalls deutlich an, von 3.074 auf 5.217 Beschäftigte, was einem Zuwachs von knapp 70 Prozent entspricht.

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).

Die aktuelle Personalsituation im Krankenhausbereich wird im Abschnitt 3.2.3 „Krankenhaus“ dargestellt.

Verbleib im Beruf

Die Studie des Forschungszentrums Generationenverträge der Universität Freiburg in Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege aus dem Jahr 2009 zeigt, dass Pflegekräfte in Deutschland durchschnittlich 8,4 Jahre in ihrem Beruf verbleiben. Pflegefachkräfte weisen eine deutlich längere Berufsverweildauer auf als Pflegenden in Assistenzberufen. So liegt die durchschnittliche Verweilzeit von examinierten Altenpflegerinnen und Altenpflegern mit einer Ausbildungszeit von drei Jahren bei durchschnittlich 12,7 Jahren, während Personen mit geringeren Ausbildungszeiten im Durchschnitt lediglich 7,9 Jahre im Berufsfeld Pflege verbleiben. Diese Tendenz zeigt sich auch im Vergleich mit der Gesundheits- und Krankenpflege: Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer mit einer Ausbildungszeit von einem Jahr weisen eine durchschnittliche Verweilzeit von 7,5 Jahren auf, bei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern beträgt die berufliche Verweildauer durchschnittlich 13,7 Jahre.

Nach Feststellungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin wird an Beschäftigte in Pflegeberufen eine Vielzahl überdurchschnittlich hoher Anforderungen gestellt, was sich auch in den Werten zu Überforderung, Stresszunahme und Beschwerden widerspiegelt. Dies mag zu den Befunden beitragen, dass der Anteil älterer Pflegenden, die mehr als 20 Jahre im Beruf verbleiben, sehr gering ist und bei deutschen Pflegekräften im europäischen Vergleich – neben Großbritannien und Italien – der größte Ausstiegswunsch besteht.⁴¹

⁴¹ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2012

Eine Analyse der NEXT-Studiendaten beschäftigte sich mit dem „Wunsch nach Berufsausstieg“ des Pflegepersonals. Dabei zeigte sich, dass 19,1 Prozent der Beschäftigten in Krankenhäusern, 15,6 Prozent der Angestellten der Pflegeheime und 10,8 Prozent der Beschäftigten des ambulanten Pflegedienstes oft in Betracht zogen, aus ihrem Beruf auszusteigen. Diese Werte unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Aus anderen Branchen liegen keine Vergleichszahlen vor, wohl aber zu Pflegeberufen in anderen Ländern. Bis zum 40. Lebensjahr erwägen deutsche Pflegekräfte häufiger, den Pflegeberuf zu verlassen, als der Durchschnitt der in der NEXT-Studie einbezogenen Pflegekräfte aus elf europäischen Staaten.⁴²

Die Bewertung und Wahrnehmung der Führungsqualität, die sich auf Personalentwicklung, Arbeitsplanung und Konfliktlösungskompetenz bezieht, hat einen hohen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit. Daher kommt Führungspersonen in der Pflege eine wichtige Rolle zu, wenn es um fördernde Arbeitsbedingungen geht. Die Hilfe und Unterstützung durch Vorgesetzte wird von Pflegenden häufig schlechter bewertet als von Erwerbstätigen in anderen Berufsfeldern.

Durch einen längeren Verbleib von Pflegekräften im Beruf könnte der prognostizierte Fachkräftemangel reduziert werden.

Der durchschnittliche Verbleib von Pflegekräften in ihrem Beruf soll daher verbessert werden. Eine durchschnittliche Verweildauer von 8,4 Jahren in der Pflege ist aus Sicht der Enquetekommission alarmierend. Als häufigste Ursachen für den Ausstieg aus dem Beruf geben Pflegekräfte die hohe Arbeitsbelastung sowie persönliche Gründe an. Zugleich zeigen Befragungen, dass Pflegekräfte mit einer besseren Ausbildung länger im Beruf bleiben als beispielsweise Menschen mit einer Assistenz-Ausbildung. Ein konsensorientiertes Management und die Möglichkeit, selbstständig und flexibel zu arbeiten, wirken sich positiv auf den Verbleib aus. Die Enquetekommission möchte an dieser Stelle betonen, dass Arbeitgeber Fachkräften nicht nur durch eine angemessene Entlohnung, sondern auch durch ein Betriebsklima, das sich durch kontinuierliche Weiterbildung und Nachhaltigkeit auszeichnet, den Verbleib im Beruf ermöglichen können.

Neben den allgemeinen Faktoren sollten im Bereich der Langzeitpflege auch die sehr heterogenen sozialen Hintergründe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Personalführung mehr Beachtung finden. Anregungen hierzu können über das Diversity Management, der Anerkennung und Nutzbarmachung von Vielfalt in Unternehmen, gewonnen werden.

Der Verbleib von Pflegekräften im Beruf hängt von vielen Faktoren ab. Daher werden im Folgenden verschiedene Handlungsempfehlungen zu Aspekten wie der Arbeitsbelastung, der Bezahlung, den Personalschlüsseln, der Fachkraftquote, der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, zu Pflegekräften mit Migrationshintergrund und zu ausländischen Betreuungskräften ausgeführt.

3.5.1 Belastungen am Arbeitsplatz

In den vergangenen Jahren zeigt sich, dass es in den unterschiedlichen Bereichen der Pflege zu einer zunehmenden Arbeitsverdichtung gekommen ist. 34 Prozent der Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger sowie 30 Prozent des Altenpflegepersonals haben das Gefühl, den mengenmäßigen Anforderungen nicht gewachsen zu sein.

Die Anzahl der Vollkräfte des Pflegepersonals in Krankenhäusern in Baden-Württemberg entsprach im Jahr 2013 dem Niveau von 2004. Im selben Zeitraum sank die durchschnittliche Verweildauer von 8,9 auf 7,6 Tage. Die Zahl der zu behandelnden Fälle stieg von 1.913.648 auf 2.090.033 pro Jahr. Insgesamt führt die Verkürzung der Verweildauer zu einer Arbeitsverdichtung durch intensiv behandelungs- und pflegebedürftige Patienten. Dies wirkt sich auch auf die stationäre und ambulante Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf aus, da die sinkende Verweildauer in Kliniken dazu führt, dass die Weiterbehandlung bzw. Genesung in

⁴² Hasselhorn et al. 2005

anderen Settings stattfinden muss. Die Verkürzung der Liegezeiten in den Krankenhäusern erhöht zudem die psychische Belastung der Pflegenden.⁴³

In der stationären Versorgung nahm die Anzahl der betreuten Bewohner in Baden-Württemberg im Zeitraum von 2001 bis 2011 um 20.995 zu. Im selben Zeitraum wurden 28.893 Personen im Pflegebereich eingestellt, davon 927 Beschäftigte in Vollzeit, 26.291 in Teilzeitbeschäftigung sowie 1.675 in sonstigen Beschäftigungsverhältnissen wie beispielsweise Auszubildende.

In der ambulanten Versorgung wurden im Jahr 2001 43.657 Menschen mit Pflegebedarf in Baden-Württemberg versorgt. Im Jahr 2011 waren es 57.617. Dies entspricht einer Zunahme von 13.960. Die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten entwickelte sich im selben Zeitraum von 20.022 auf 28.895, davon 1.029 Beschäftigte in Vollzeit und 8.829 in Teilzeitbeschäftigung. Im Bereich der sonstigen Beschäftigungsverhältnisse gab es in der ambulanten Versorgung einen Rückgang von 985 Personen, der sich hauptsächlich auf das Wegfallen der Zivildienstleistenden zurückführen lässt.⁴⁴

Darüber hinaus hat sich das Klientel in den verschiedenen Versorgungssettings in den letzten Jahren verändert. In allen Bereichen ist eine Zunahme von Menschen mit Demenz und Multimorbidität zu verzeichnen.

Psychische Belastung

Sachstand

In den letzten 20 Jahren gab es eine Verdoppelung der Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Störungen bei insgesamt gleichbleibendem Krankenstand. Psychosomatische und psychische Krankheitsbilder sind inzwischen die häufigste Ursache für ein gesundheitsbedingtes vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf. Psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen sowie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, stehen in der Krankenpflege an dritter Stelle der Diagnosen, die zur Arbeitsunfähigkeit führen. 2010 wurden mehr Erwerbstätige wegen psychischer Störungen vorzeitig berentet als wegen orthopädischer Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und onkologischer Erkrankungen zusammengekommen. Über die Hälfte des vorzeitigen Ausscheidens erklärt sich durch psychische Gründe.

Die psychischen Anforderungen sind in Pflegeberufen fast durchweg erhöht. 66 Prozent der Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger arbeiten häufig unter starkem Termin- und Leistungsdruck und sind von Störungen oder Unterbrechungen ihrer Arbeit belastet. 77 Prozent des Pflegepersonals in der Krankenpflege muss zudem häufig verschiedene Arbeiten gleichzeitig betreuen; mehr als die Hälfte muss häufig sehr schnell arbeiten, und annähernd ein Drittel berichtet, häufig an der Grenze der Leistungsfähigkeit zu arbeiten. Analog berichten auch Altenpflegerinnen und Altenpfleger überdurchschnittlich oft von hohen psychischen Anforderungen. In Alten- und Pflegeheimen weisen 44,2 Prozent der in der Pflege Beschäftigten die typischen Burn-out-Symptome auf.⁴⁵

Hohe emotionale Anforderungen, die durch den Kontakt mit Tod, Krankheit oder anderen menschlichen Leiden oder durch den häufigen Patienten- und Bewohnerkontakt insgesamt auftreten, führen in allen Bereichen der Pflege zu starker Belastung. 79,1 Prozent der Pflegenden in Alten- und Pflegeheimen, 74,2 Prozent der Pflegenden in ambulanten Diensten und 71,5 Prozent der Pflegenden in Krankenhäusern fühlen sich dadurch belastet. Ebenso fühlen sich die Pflegenden durch die Emotionsarbeit im Umgang mit aggressiven und unfreundlichen Patienten belastet.⁴⁶

⁴³ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2015

⁴⁴ Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2015

⁴⁵ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2012

⁴⁶ Metz et al.: Demografischer Wandel in der Pflege 2009

Häufig genannte Belastungsfaktoren von Pflegenden sind:

- hoher Zeit- und Leistungsdruck,
- häufige Unterbrechungen der Arbeit,
- fehlende Pausen,
- zu hohe Verantwortung,
- fehlende Entwicklungsmöglichkeiten,
- Spannung und Feindseligkeit bei der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen,
- bürokratische Anforderungen,
- Arbeitszeiten, die eine gesunde Work-Life-Balance verhindern,
- fehlende Unterstützung durch Führungskräfte,
- negatives Berufsimago.

Herausforderungen

Psychische Belastungen sind ein präsenes und großes Problem innerhalb der Pflegeberufe und können aufgrund des Arbeitsalltags nicht vollständig vermieden werden. Grundsätzlich muss es jedoch das Ziel sein, Faktoren, die den Berufsalltag belasten, zu reduzieren. Die Enquetekommission betrachtet es daher als Ziel, das Monitoring der psychischen Belastungen in den Pflegeberufen auszubauen, um diese frühzeitig zu erkennen und geeignete Maßnahmen einleiten zu können. Dabei kommt dem betrieblichen Gesundheitsmanagement eine besondere Bedeutung zu. Es muss daher integraler Bestandteil der Pflegeberufe sein. Ebenso sieht die Enquetekommission den Ausbau von Supervisionsangeboten als Ziel an.

Weiter muss es Pflegenden ermöglicht werden, eine planungssichere Freizeit zu haben und nicht aus dem Frei geholt zu werden. Darüber hinaus sollte die Belastung durch geplante Überstunden verringert werden. Ein ressourcenschonendes Personalmanagement ist dabei von zentraler Bedeutung und sollte unter besonderer Rücksichtnahme auf Auszubildende stattfinden.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission erachtet es als wichtig, dass Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit der Pflegenden ausgebaut werden. Daher gibt sie folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt den Arbeitgebern, ein betriebliches Gesundheitsmanagement zu implementieren. Dabei ist auf die individuellen Bedürfnisse und die individuelle Kompensation von psychischen Belastungen der Pflegekräfte einzugehen. In diesem Zusammenhang sollen Träger mehr und bessere Angebote zur Förderung der Gesundheit machen. Für kleinere Träger bieten sich beispielsweise Kooperationen mit Fitnesscentern, Sportvereinen, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten in der Umgebung an.
- b) Einrichtungen sollen mithilfe von Schulung und Weiterbildung der Führungskräfte zu einem wertschätzenden Umgang mit den Beschäftigten den Fokus auf ein ressourcenschonendes Personalmanagement legen. Ebenso sollen Vorgesetzte qualifiziert werden, Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikationen und Fähigkeiten einzusetzen und dadurch Überlastungen zu vermeiden. Es muss Wert darauf gelegt werden, Führungskräfte in Bezug auf eine Früherkennung beziehungsweise auf das Monitoring von Belastungsanzeichen zu qualifizieren. Hierzu müssen entsprechende Schulungs- und Weiterbildungsangebote ggf. im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements generiert werden.
- c) Es wird empfohlen, Schulung und Weiterbildung der Pflegekräfte zum Umgang mit berufsbezogenen Belastungen zu betreiben. Hierbei kommt dem betrieblichen Gesundheitsmanagement eine wichtige Bedeutung zu. Es ist zu prüfen, ob entsprechende Schulungsmodule und geeignete Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanage-

ments vorhanden sind. Falls dies nicht der Fall ist, müssen entsprechende Angebote entwickelt werden.

- d) Der wichtigste Schlüssel zur Entlastung der professionell Pflegenden ist die Verteilung der Arbeit auf mehr Personal. Hierzu sieht die Enquetekommission die Notwendigkeit, die Personalausstattung durch verbindliche Festlegung (Akutpflege) oder Erhöhung (Altenpflege) der Personalrichtwerte zu verbessern und die Erhöhung mit einer entsprechenden Refinanzierung zu untermauern (mehr dazu im Abschnitt 3.5.3 „Personalschlüssel, Personalmix, Qualifikationsmix“).
- e) Die Enquetekommission sieht den Bedarf, die Tätigkeiten in den Einrichtungen zielgerichteter zu verteilen, damit Pflegefachkräften mehr Zeit für die Pflegekernaufgaben haben. Dies kann erreicht werden, indem qualifizierte Personen in Service, Betreuung und Verwaltung unterstützend tätig werden und dies bei der Fachkraftquote nachvollzogen wird. Eine entsprechende Flexibilisierung sieht die Heimpersonalverordnung vor. Gleichzeitig legt sie „Vorbehaltsaufgaben“ für Pflegefachkräfte fest, damit gewährleistet ist, dass originäre Pflegetätigkeiten nur von entsprechend qualifizierten Personen ausgeführt werden.
- f) Einrichtungen sollen Auszubildende entsprechend dem Ausbildungsauftrag einsetzen und nicht als „billige“ Pflegekräfte betrachten.
- g) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, grundsätzlich auf das „Holen aus dem Frei“ zu verzichten. Es sollen alternative Möglichkeiten wie die Einrichtung eines Springerpools geprüft werden. Die Bereitschaft, bei Bedarf einen Dienst zu übernehmen, soll durch eine zusätzliche Vergütung oder mit mehr Freizeit durch Zeitbonus gewürdigt werden.
- h) Einrichtungen sollen darauf achten, Überstunden durch gute Arbeitsorganisation, Dienstplanung und Vorhaltung ausreichender Personalressourcen eng zu begrenzen.
- i) Supervisionen und Coaching für Pflegekräfte, um belastende Erfahrungen mit kranken und sterbenden Menschen verarbeiten zu können, sollen als Teil der Arbeit anerkannt werden. Außerbetriebliche Möglichkeiten, wie Therapieangebote für Menschen im Schichtdienst, sollen ausgebaut werden.
- j) Da eine verbesserte Vereinbarkeit von Familie, Freunden und Freizeitgestaltung mit dem Beruf ebenfalls zu einer Entlastung der Pflegenden führen würde, regt die Enquetekommission an, die im Abschnitt 3.5.5 „Familie und Beruf“ abgegebenen Handlungsempfehlungen auch unter dem Aspekt der Verbesserung der psychischen Belastungssituation Pflegenden zu betrachten und umzusetzen.

Physische Belastung

Sachstand

Beschäftigte der Pflegeberufe sind erheblichen körperlichen Anforderungen ausgesetzt. Körperliche Belastung wie „Arbeiten im Stehen“, „Heben und Tragen schwerer Lasten“ sowie „Arbeiten in Zwangshaltung“ werden von Pflegekräften deutlich öfter als vom Durchschnitt der anderen Erwerbstätigen berichtet. Dies gilt insbesondere für die Altenpflege, wobei auch die Belastung des Krankenpflegepersonals über dem Durchschnitt liegt.⁴⁷

All diese Faktoren führen dazu, dass Pflegekräfte überproportional häufig an Rücken- und Nackenschmerzen leiden. Diese Schmerzen hängen mit der Häufigkeit und Schwere der Tätigkeiten zusammen, die eine Pflegekraft leisten muss. Dabei stehen 58,5 Prozent der Pflege-

⁴⁷ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2012

kräfte oft oder sehr oft Hilfsmittel zur Verfügung. Die zur Verfügung stehenden Hilfsmittel können jedoch von den Pflegekräften nicht immer genutzt werden. 26,8 Prozent können diese nur manchmal benutzen, und 14,7 Prozent haben selten oder sehr selten Zugang zu den Hilfen. Gründe sind vor allem die beengten Räumlichkeiten der Patienten, die den Einsatz behindern, insbesondere in der ambulanten Versorgung, sowie der hohe Zeitdruck.⁴⁸

Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes führen, verglichen mit anderen Diagnosegruppen, bei Pflegekräften am häufigsten zu Arbeitsunfähigkeit.⁴⁹

Herausforderungen

Aufgrund der hohen körperlichen Belastung der Pflegenden, die der häufigste Grund für Arbeitsunfähigkeit sind, und der Entwicklung, dass sich der demografische Wandel auch in der Beschäftigtenstruktur bei Pflegekräften spiegelt, erachtet es die Enquetekommission als Ziel, physische Belastungen auf ein Mindestmaß zu reduzieren.

Handlungsempfehlungen

Um die hohen physischen Belastungen der Pflegenden zu reduzieren, und dadurch die Gesundheit der Pflegenden zu fördern, gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Pflegenden sollen durch Schulungen und Weiterbildungen – beispielsweise im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements – dafür sensibilisiert werden, spezifische Techniken anzuwenden, welche die physischen Belastungen im Arbeitsalltag reduzieren. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, diese Techniken konsequent anzuwenden und Hilfsmittel wie z. B. Rutschbretter, Gleittücher, Drehteller usw. zu nutzen, um die physischen Belastungen zu reduzieren. Letztlich ist in diesem Zusammenhang auch an die Selbstdisziplin der Pflegenden zu appellieren, sich gerade in körperlich sehr belastenden Pflegesituationen, wie beispielsweise Transfers, nicht zu überlasten.
- b) Einrichtungen sollen bei der Entwicklung und Implementierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements durch Land, Bund, Krankenkassen und Berufsgenossenschaften unterstützt werden.
- c) Um die physischen Belastungen zu reduzieren, soll die Verwendung von technischen Hilfsmitteln in der Pflege weiterentwickelt werden. Servicerobotik könnte zukünftig eine unterstützende und entlastende Rolle einnehmen. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass die Pflegekräfte mehr Zeit für die Arbeit am Menschen haben. Hier sind Land, Bund, Krankenkassen und die Berufsgenossenschaften gefordert, geeignete Konzepte zu entwickeln und umzusetzen.
- d) Die Entwicklung und Unterstützung alters- und altersgerechter Arbeitsmodelle sollen gefördert werden, um alters- und altersgerechtes Arbeiten in den Einrichtungen zu ermöglichen. Die Enquetekommission empfiehlt, die Möglichkeit des Einsatzes älterer Pflegekräfte in körperlich weniger belastenden Tätigkeiten, wie z. B. als koordinierende Präsenzkkräfte, zu prüfen.

⁴⁸ DAK Gesundheitsreport 2006

⁴⁹ Schröder, Herdegen: Gesundheit und Gesellschaft 2011

Bürokratie

Sachstand

Pflegende berichten, dass sie aufgrund der vielfältigen Anforderungen zur Dokumentation und Qualitätssicherung häufig kaum noch Zeit für die Pflege am Menschen hätten. Vielfach wird die Sinnhaftigkeit von bestimmten Dokumentationsmaßnahmen bezweifelt. Dies wird von den Pflegekräften als belastend empfunden.

Die Zunahme an Kurzzeit- und Verhinderungspflege hat in den vergangenen Jahren zu einer massiven Erhöhung des administrativen Aufwands geführt. Nach Erhebungen im Rahmen des „Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ erfordert der reine Dokumentationsaufwand bei Einzug einer Bewohnerin oder eines Bewohners in Dauerpflege 386 Minuten nur für das Anlegen der Pflegedokumentation; bei Kurzzeitpflege sind es 196 Minuten.

Nach einem Bericht des Statistischen Bundesamtes werden in Deutschland pro Jahr 2,7 Milliarden Euro für die Pflegedokumentation in Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen ausgegeben und 13 Prozent der Arbeitszeit einer Pflegefachkraft für die Dokumentation aufgewendet.

Herausforderungen

Die zunehmende Arbeitsverdichtung und ein hoher Bürokratieaufwand im Arbeitsalltag von Pflegekräften führen dazu, dass die eigentliche Pflegetätigkeit am Patienten zu kurz kommt. Dies ist für viele Pflegekräfte sehr belastend und demotivierend, da sie ihrer eigentlichen Kerntätigkeit nicht nachkommen können. Ziel ist es daher, Qualitätssicherung und Dokumentation so zu gestalten, dass Pflegekräfte diese sinnvoll in ihre Arbeit integrieren können und sie nicht weiter als Belastungsfaktoren empfinden.

Die Enquetekommission betrachtet die konsequente Nutzung von elektronischer Datenerfassung und technischen Unterstützungssystemen als wichtige Bausteine, um die Arbeitsbelastung zu senken.

Das schwierige Spannungsverhältnis zwischen den Regelungen zum Schutz der Menschen mit Pflegebedarf und dem Wunsch der Angehörigen nach objektiv messbaren Kriterien der Pflegequalität auf der einen Seite sowie der Entlastung von Pflegenden durch den Abbau bürokratischer Vorgaben und Prüfkriterien auf der anderen Seite ist eine große Herausforderung. Ziel ist es, einen Weg zu finden, der dem Schutzauftrag des Landes gerecht wird, ohne zu viele regulatorische Vorgaben zu machen, welche unter Umständen das Leben von Menschen mit Pflegebedarf einschränken und die Arbeit von Pflegekräften erschweren. Bürokratie muss auf ein Mindestmaß reduziert werden – was jedoch nicht auf Kosten der Qualität geschehen darf.

Handlungsempfehlung

Die Enquetekommission erachtet es als Ziel, den Pflegekräften zu ermöglichen, dem Kern ihrer Arbeit, also der Unterstützung der Menschen mit Pflegebedarf, bei der Bewältigung des Alltags nachzukommen. Hierzu gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, die derzeit erprobten Modelle zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation zu implementieren.
- b) Einrichtungen sollen ihre eigenen aktuellen bürokratischen Anforderungen und Vorgaben mit den tatsächlichen bundes- und landesgesetzlichen Vorgaben synchronisieren und selbstgesetzte Dokumentationspflichten hinterfragen.

- c) Der Landesregierung wird empfohlen zu prüfen, welche Auswirkungen Landesvorgaben auf den Dokumentationsaufwand der Einrichtungen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben und wie diese reduziert werden können.
- d) Der Bundesregierung wird empfohlen zu prüfen, welche Auswirkungen Bundesvorgaben auf den Dokumentationsaufwand der Pflegenden haben und wie diese reduziert werden können.
- e) Die Enquetekommission empfiehlt, die Prüfungsbereiche des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und der Heimaufsicht klar voneinander abzugrenzen und Prüfungen besser aufeinander abzustimmen. Um eine deutlichere Entflechtung der Aufgaben von Heimaufsicht und MDK zu ermöglichen, regt die Enquetekommission eine Bundesratsinitiative durch das Land Baden-Württemberg an. Ziel soll eine stärkere Fokussierung des MDK auf Beratung und die Leistungsinhalte des SGB XI sein.
- f) Die Enquetekommission empfiehlt, eine Innovationsoffensive „Pflege 2.0“ zu starten. Diese soll neue technische Möglichkeiten im Bereich Assistenzsysteme und Datenerfassung in allen Bereichen der Pflege fördern und in der Anwendung forcieren. Bevor Neuerungen in diesem Bereich zum Einsatz kommen, müssen die Beschäftigten ausreichend qualifiziert werden, um eine optimale Nutzung zu ermöglichen. Weiter wird empfohlen, die technischen Unterstützungssysteme mit passenden Schnittstellen zu MDK und Heimaufsicht zu entwickeln, um einen einfachen, zielgerichteten Datenaustausch zu ermöglichen. Die Erfahrungen aus bereits abgeschlossenen Modellprojekten im Bereich der Datenerfassung sind dabei einzubeziehen, und geeignete Modelle sind flächendeckend umzusetzen.
- g) Träger und Ausbilder müssen darauf achten, dass Pflegekräfte in ihrer Ausbildung lernen, vorhandene Dokumentationssysteme sinnhaft und zielgerichtet anzuwenden.

Weitere Ausführungen zu den Themen Qualitätssicherung und Dokumentation sind im Kapitel 3.7 „Bürokratie, Dokumentation und Qualitätssicherung“ zu finden.

3.5.2 Bezahlung

Sachstand

Vergütung

Die Studie „Was man in Pflegeberufen in Deutschland verdient“, die durch das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung im Auftrag des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege erstellt wurde, vergleicht die durchschnittlichen Median-Bruttoentgelte⁵⁰ der Vollzeitbeschäftigten in den Pflegeberufen im Jahr 2013.

Fachkräfte in der Krankenpflege erhalten in Westdeutschland ein Median-Bruttoentgelt von 3.139 Euro, in Ostdeutschland 2.738 Euro.

Fachkräfte in der Altenpflege verdienen demgegenüber deutlich weniger mit 2.568 Euro im Westen und 1.945 Euro im Osten.

Helfer in der Krankenpflege verdienen im Westen im Mittel 2.470 Euro, im Osten 1.854 Euro. Sie verdienen nur knapp 100 Euro weniger als Fachkräfte in der Altenpflege.

⁵⁰ Für die Entgeltanalyse werden die Bruttoarbeitsentgelte, die im Meldeverfahren zur Sozialversicherung erhoben werden, verwendet. Dabei wird der Entgeltmedian ermittelt. Der Median ist der Wert einer Einkommensverteilung, der genau in der Mitte aller Einzelwerte liegt. Er ist damit aussagekräftiger als eine Durchschnittsbetrachtung, die stärker auf Extremwerte an den Rändern der Verteilung reagiert.

Helfer in der Altenpflege erhalten im Schnitt 1.855 Euro im Westen, 1.495 Euro im Osten.

Grundlage für die Erhebung ist die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit. Das Medianentgelt bezogen auf alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten liegt bei 2.317 Euro in Ost- und 3.094 Euro in Westdeutschland.

Fachkräfte in der Krankenpflege werden im Vergleich zu anderen Berufsgruppen und insbesondere zur Altenpflege besser entlohnt. Dies bestätigt auch eine Analyse des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung, die Daten bis Anfang 2013 beinhaltet.

In der ambulanten Pflege verdienen Pflegefachkräfte bis zu einem Drittel weniger als bei einer vergleichbaren Tätigkeit in Krankenhäusern. Auch bei Altenpflegerinnen und Altenpflegern sind die Einkommen bei ambulanten Diensten geringer.

Im Ländervergleich verdienen die Fachkräfte in der Altenpflege in Baden-Württemberg mit 2.725 Euro am meisten. Die Einkommen der Fachkräfte und Helfer in der Krankenpflege sowie der Helfer in der Altenpflege sind in Baden-Württemberg im bundesweiten Vergleich jeweils unter den Spitzenplätzen zu finden.⁵¹

Bundesweit sind die Entgeltdifferenzen zwischen Frauen und Männern bei den Fachkräften in der Krankenpflege mit 9,4 Prozent höher als bei denen der Altenpflege, die bei 4,5 Prozent liegt. Bezogen auf die Helferberufe zeigen sich ähnliche Unterschiede. Krankenpflegehelfer verdienen durchschnittlich 9,2 Prozent mehr als ihre weiblichen Kolleginnen. In der Altenpflegehilfe beträgt die Differenz 3,6 Prozent. Nach einer Untersuchung der Entgelte in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen⁵² lässt sich ein erheblicher Teil der Entgeltunterschiede zwischen Frauen und Männern auf die ungleiche Verteilung in den Leistungsgruppen zurückführen. Dies lässt sich unter anderem auf die Besetzung der unterschiedlichen Hierarchieebenen oder der familienbedingten Unterbrechung der Erwerbsarbeit zurückführen.

Tariffindung

Mit dem Ersten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) wurden in § 84 SGB XI zwei Vorschriften zu tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen eingefügt.

Der neu gefasste § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB XI sieht vor, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

Dabei ist der Träger der Einrichtung im Falle einer Vereinbarung der Pflegesätze auf Grundlage der Bezahlung der Beschäftigten nach tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechenden Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten einzuhalten. Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der Einrichtung dies nachzuweisen.

Je nachdem, in welchem Arbeitsgebiet und bei welchem Träger der Einsatz der Pflegekräfte erfolgt, gibt es Unterschiede beim Einkommen. Für die im öffentlichen Dienst Tätigen errechnet sich der Verdienst nach dem TVöD (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst). Freigemeinnützige kirchliche Träger haben eigene Regelwerke (sogenannter „dritter Weg“) wie die Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes (AVR Caritas) oder die Arbeitsvertragsrichtlinien für Einrichtungen, die der Diakonie

⁵¹ Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung: Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient 2013

⁵² Bellmann u. a.: Struktur der Beschäftigung sowie Entgeltentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen 2012

Deutschland angeschlossen sind. Private Träger haben häufig einen eigenen Haustarif oder vereinbaren das Gehalt frei.

Caritas, Diakonie und ver.di haben sich im Dezember 2014 zu einem „Bündnis für Tariftreue und Tarifstandards für die Sozialwirtschaft in Baden-Württemberg“ zusammengeschlossen, um gemeinsam für die Schaffung und die Refinanzierung einer fairen tariflichen Bezahlung und guter Arbeitsbedingungen in der Sozialwirtschaft einzutreten.

Herausforderungen

Die Studie zur Einkommenssituation der Pflegekräfte belegt, dass Altenpflegerinnen und Altenpfleger in nahezu allen Bundesländern weniger verdienen als ihre Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern. Die Enquetekommission betrachtet es als Herausforderung, hier eine Angleichung vorzunehmen. Ein weiteres Ziel ist es, die Vergütung der Pflegenden flexibel in Bezug auf unterschiedliche Qualifikationen sowie neuer, anderer und ergänzender Aufgaben zu gestalten.

Im ambulanten Bereich sind tarifbedingte Kostensteigerungen eine große Herausforderung für die Unternehmen. Die Kassen akzeptieren in den Entgeltverhandlungen keine tarifbedingte Lohnkostensteigerungen mit dem Argument, sonst die Beitragsstabilität zu gefährden. Durch die nicht kostendeckenden Leistungsentgelte entstehen immer größer werdende Defizite bei den ambulanten Trägern. Dies ist aus Sicht der Enquetekommission nicht annehmbar. Ziel ist es daher, dass tarifbedingte Kostensteigerungen auch im ambulanten Bereich durch die Kassen refinanziert werden.

Eine weitere Herausforderung stellt die Finanzierung der Praxisanleitung im Rahmen der Ausbildung von Pflegekräften dar. Dies wird in Abschnitt 3.6.4 „Praxisanleitung“ näher ausgeführt.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission betrachtet die Vereinheitlichung der Tariflandschaft durch einen flächendeckenden allgemeinverbindlichen Tarifvertrag „Pflege“ in Baden-Württemberg als erstrebenswert und begrüßt das Bündnis für Tariftreue.

Die Tarifautonomie zwischen den Tarifpartnern darf nicht angetastet werden. Dabei ist zu beachten, dass eine höhere Entlohnung auch einer entsprechenden Refinanzierung bedarf. Da die Refinanzierung durch Beitragseinnahmen der Pflegeversicherung erfolgt, ist daher immer die ganze Finanzierungskette mitzudenken.

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, eine Bundesratsinitiative einzubringen, die beinhaltet, dass

- a) auch im Bereich des SGB V wie bereits im Bereich der Pflegekassen im SGB XI die tarifliche Bezahlung als wirtschaftliche Betriebsführung anerkannt werden muss,
- b) sich die Zahlung von Tariflöhnen bei einem entsprechenden Nachweis auch tatsächlich in den Pflegesätzen widerspiegelt,
- c) eine an den Tariflohn angelehnte Vergütung als Voraussetzung für Versorgungsverträge angeregt wird.

3.5.3 Personalschlüssel, Personalmix, Qualifikationsmix

Personalschlüssel

Sachstand

Die Landesverbände der Pflegekassen schließen nach § 75 Abs. 1 SGB XI unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen.

Nach § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI regeln die Verträge insbesondere Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sachliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen.

Als Teil der Verträge nach Absatz 2 Nr. 3 sind gemäß Abs. 3 des § 75 SGB XI entweder landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs beziehungsweise zur Bemessung der Pflegezeiten oder landesweite Personalrichtwerte zu vereinbaren.

Rahmenverträge nach § 75 SGB XI in Baden-Württemberg

Die Landesverbände der Pflegekassen haben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Baden-Württemberg, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln, und der früheren Landeswohlfahrtsverbände bzw. des Kommunalverbands für Jugend und Soziales als überörtlicher Träger der Sozialhilfe in Baden-Württemberg folgende Rahmenverträge gemäß § 75 SGB XI für das Land Baden-Württemberg geschlossen:

Für die vollstationäre Pflege gelten seit dem 1. Januar 2003 folgende Personalrichtwerte für Pflege und Betreuung:

Pflegestufe I:	1:3,96 bis 1:3,13
Pflegestufe II:	1:2,83 bis 1:2,23
Pflegestufe III:	1:2,08 bis 1:1,65

Dabei haben die Einrichtungen das Recht, bis zur Obergrenze der Bandbreiten ohne besondere Begründung einrichtungsindividuell einen Personalschlüssel zu vereinbaren. Bei schwer Demenzzkranken gelten gesonderte Personalrichtwerte/Personalanhaltszahlen.

Der Rahmenvertrag für die teilstationäre Pflege wurde zuletzt am 14. Februar 2012 angepasst, der Rahmenvertrag für ambulante pflegerische Versorgung am 18. Oktober 2013. Sie enthalten die spezifischen Personalrichtwerte und Regelungen für diese Pflegebereiche.

Herausforderungen

Stationäre Pflege

Die Enquetekommission betrachtet es als Herausforderung, die Personalschlüssel für Pflegeeinrichtungen, die in den 90er Jahren festgelegt wurden und im Jahr 2003 kleinere Anpassungen erfuhren, an die Versorgungsrealität anzupassen.

Die Personalschlüssel müssen an den Bedarf angepasst und flexibler werden. Hierzu sollten unter anderem der Dokumentationsaufwand, Anleitungszeiten, individuelle Pflegebedürfnisse und die voraussichtlich ab 1. Januar 2017 geltenden neuen Pflegegrade bei der Anpassung der Personalschlüssel berücksichtigt werden.

Krankenhaus

Die Personalausstattung in der Akutversorgung muss ebenfalls an die Versorgungsrealität angepasst werden.

In Deutschland ist das Verhältnis von Pflegekräften zu Patientinnen und Patienten mit 1:9,9 europaweit eines der schlechtesten. Dies geht aus der RN4Cast-Studie hervor. Werden lediglich Pflegefachkräfte betrachtet, so zeigt die Studie, dass eine Pflegefachkraft 13 Patientinnen und Patienten versorgen muss. Diese Zahlen beziehen sich auf die bundesweite Versorgungssituation in den Krankenhäusern. Da es im Bereich der Akutversorgung einen Zusammenhang zwischen dem Personalschlüssel und der Sterblichkeitsrate von Patientinnen und Patienten gibt, betrachtet es die Enquetekommission als Herausforderung, hier Veränderungen einzuleiten.

Handlungsempfehlungen

Stationäre Pflege

Mehr Personal ist eine wichtige Voraussetzung für eine bessere Pflege und hätte eine Entlastung der Pflegekräfte zur Folge. Daher muss die Personalausstattung durch eine Anpassung der Personalrichtwerte verbessert werden.

Die Anpassung der Personalschlüssel muss dabei differenziert nach Art der Pflegeeinrichtungen und entlang der jeweiligen Pflegestufen (ab 1. Januar 2017 Pflegegrade) erfolgen. Die Träger müssen in die Lage versetzt werden, ausreichend Personal einzustellen und dieses refinanziert zu bekommen. Es muss eine flexible Zusammenstellung professioneller Fachkräfte nach dem Fachkräftecatalog des Sozialministeriums ermöglicht werden.

Zudem soll geprüft werden, inwieweit eine verbindliche gesetzliche Festlegung der Personalrichtwerte anstelle einer Aushandlung durch die Rahmenvertragspartner umsetzbar ist.

Krankenhaus

Die Enquetekommission empfiehlt der Bundesregierung zu prüfen, in welchem Rahmen eine verbindliche gesetzliche Festlegung der Personalrichtwerte in der stationären Krankenpflege erfolgen kann. Als kurzfristige Maßnahme soll umgehend ein Sonderprogramm eingerichtet werden, das sich mindestens an der Größenordnung der 1997 abgeschafften Pflegepersonalregelung orientiert. Langfristig ist die Einführung eines eigenen Kostengewichts Pflege im DRG-System vorstellbar. Dieses künftige System muss über das vorhandene DRG-System oder über ein neues System refinanziert werden können. Es soll geprüft werden, welches System der Personalbemessung geeignet ist. Weitere Handlungsempfehlungen zum Thema Akutversorgung befinden sich in Abschnitt 3.2.3 „Krankenhaus“.

Personalmix

Herausforderungen

Ein guter Qualifikationsmix verbessert die Pflege. Wenn Aufgaben entsprechend der Qualifikationen und Fähigkeiten richtig verteilt sind und Arbeitsprozesse intelligent organisiert werden, ist die Wahrscheinlichkeit einer Überlastung der Pflegekräfte geringer.

Es muss einen Personalmix geben

Bereits heute gibt es 25 laut der Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (HeimPersV) als Fachkräfte definierte Qualifikationen aus den Bereichen Pflege, Therapie und Beratung. Diese müssen besonders in der Altenpflege stärker mit einbezogen werden. Dafür muss beruferechtlich festgelegt werden, was jeweils zu den Qualifikationen und Auf-

gaben der jeweiligen Fachkraft zählt. Es ist Konsens, dass in der stationären Langzeitpflege ein Personalmix sinnvoll ist. Bei der Überlegung spielt auch der drohende Fachkräftemangel eine Rolle.

Die wahrgenommene Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner könnte als Kriterium für eine gute Einrichtung herangezogen und als ein Maßstab für einen guten Personalmix verwendet werden. Personenzentrierte Pflege und die Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner stehen hierbei im Vordergrund.

Es muss einen Skill-Mix geben

Die Anzahl und das Ausbildungsniveau der Pflegekräfte haben direkten Einfluss auf die Qualität der Versorgung. Als Konsequenz bedeutet dies unter anderem eine geringere Mortalität, schnellere Reaktionen der Pflegenden sowie weniger Pflegefehler.

Studien weisen darauf hin, dass die quantitativen Aspekte dabei nicht überschätzt werden sollten. Der Blick muss daher eher auf das Aufgaben- und Kompetenzprofil der Pflegenden gerichtet werden.

Handlungsempfehlungen

Aufgaben sollten zwischen den Akteuren im Pflegesetting zukünftig entsprechend der Kompetenzen verteilt werden, um Überlastungen entgegenzuwirken und die Fachlichkeit der Beteiligten gezielt zu nutzen. Die Enquetekommission empfiehlt daher:

- a) die Entwicklung einer beruferechtlichen Definition der Kompetenzprofile für die einzelnen Ausbildungsgrade (berufliche und akademische Ausbildungen) der Pflegeberufe. In den Kompetenzprofilen müssen die unterschiedlichen Fähigkeiten und Befugnisse ersichtlich werden. Diese müssen mit den entsprechenden Ausbildungszielen abgestimmt sein. Aus den verschiedenen Qualifikationsabstufungen folgt, dass auch verschiedene Ebenen von Handlungsautonomie gegeben sein müssen. Weitere Ausführungen hierzu im Abschnitt 3.6.9 „Handlungsautonomie“;
- b) bei der Konzeption der zukünftigen Ausbildung darauf zu achten, dass diese die Kompetenzen der Fachkräfte stärkt und Fachkräfte insbesondere die Aspekte des Wissenstransfers und der Prozesssteuerung erlernen. Weitere Ausführungen hierzu im Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“;
- c) die stärkere Einbeziehung des sozialen Umfelds und von bürgerschaftlich Engagierten. Dies trägt ebenfalls zu einer höheren Qualität in Pflegeeinrichtungen bei. Weitere Ausführungen hierzu im Kapitel 3.3 „Lebensgestaltung bei Pflege- und Unterstützungsbedarf“.

Krankenhaus

Die Enquetekommission regt an, bereits vorhandene Instrumente zur interdisziplinären Zusammenarbeit, wie interdisziplinäre Fallbesprechungen oder die Entwicklung interdisziplinärer Leitlinien und Standards, verstärkt zu nutzen, um die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen zu verbessern.

3.5.4 Fachkraftquote

Sachstand

In Baden-Württemberg ist durch das Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (WTPG) festgelegt, dass bei mehr als vier Bewohnerinnen und Bewohnern mit Pflegebedarf mindestens 50 Prozent der Beschäftigten Fachkräfte sein müssen.

Die aufgrund der Ermächtigung des § 29 WTPG ergangene Verordnung des Sozialministeriums über personelle Anforderungen für stationäre Einrichtungen (LPersVO) regelt konkretisierend die Begriffe Pflegefachkraft, Fachkraft, Assistenzkraft und sonstige Kräfte.

Um in stationären Einrichtungen für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf personelle Flexibilität zu erzielen und den unterschiedlichen Konzeptionen der Einrichtungen sowie dem zunehmenden Problem der fehlenden Pflegefachkräfte gerecht zu werden, definiert die LPersVO zwei zulässige Varianten, wie und mit welchen Beschäftigten eine ausreichende, fachgerechte Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner und gleichzeitig die Erfüllung der Fachkraftquote sichergestellt werden kann. In Variante 1 muss der Anteil an Pflegefachkräften für die in der Gesamtheit zu erbringenden Leistungen in den Bereichen der Pflege- und Unterstützungsleistungen 50 Prozent betragen. Von dieser Anforderung kann abgewichen werden, wenn im Verhältnis zu den Pflegefachkräften im geringen Umfang andere Fachkräfte entsprechend ihrer beruflichen Qualifizierung tatsächlich und nachweislich in der stationären Einrichtung beschäftigt werden.

Das Grundmodell eines Personalschlüssels von einer 50-prozentigen Fachkraftquote wird durch die Präsenzregelung ergänzt, wonach im Tagdienst im Durchschnitt entsprechend dem Verhältnis von je einer Pflegefachkraft pro 30 Bewohnerinnen und Bewohner Pflegefachkräfte eingesetzt werden müssen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Zahl der tagsüber anwesenden Pflegekräfte zur Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner ausreichend ist.

Nach Variante 2 ist eine 40-prozentige Fachkraftquote ausreichend, wenn Vorbehaltsaufgaben ausschließlich durch Pflegefachkräfte durchgeführt werden, angelernte Kräfte höchstens mit einem Anteil von 40 Prozent und Pflegefachkräfte mindestens mit einem Anteil von 40 Prozent der Beschäftigten vertreten sind.

Herausforderungen

Eine starre Fachkraftquote ohne Differenzierungsmöglichkeit nach verschiedenen für eine gute Pflege notwendigen Qualifikationen wird von der Enquetekommission abgelehnt.

Die Art und Anzahl der Fachkräfte sollte an den Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen ausgerichtet werden. Dazu muss ein Qualifikationsmix gewährleistet sein, wie er im Abschnitt 3.5.3 „Personalschlüssel, Personalmix, Qualifikationsmix“ gefordert wird. Daher müssen die Fachkraftquoten angepasst und flexibler gestaltet werden. Die neue Landesheimpersonalverordnung greift diese Impulse auf. Die veränderten Fachkraftquoten müssen infolgedessen in Pflegezusatzverhandlungen anerkannt werden.

Handlungsempfehlungen

Um die Zusammensetzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen zukünftig besser an den tatsächlichen Versorgungsbedarfen ausrichten zu können, erachtet es die Enquetekommission als notwendig, die Fachkraftquote in der derzeitigen Form zu überdenken. Dabei sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die neue Landesheimpersonalverordnung bis Ende 2018 zu evaluieren und dabei die Ergebnisse des Modellprojekts des Sozialministeriums Baden-Württemberg zur Fachkraftquote in der Langzeitpflege zu berücksichtigen.

- b) Die Enquetekommission empfiehlt ein Forschungsprojekt, das Möglichkeiten erarbeiten soll, den Fachkräfteeinsatz analog zum ambulanten Bereich bewohnerbezogen und nach dem jeweiligen Pflege- und Unterstützungsbedarf und nicht nach rein quantitativen Gesichtspunkten zu gestalten.

3.5.5 Familie und Beruf

Familienfreundliche Arbeitszeiten

Sachstand

Die vorhandenen Arbeitszeitregelungen werden einrichtungsübergreifend von etwa 30 Prozent der in der Pflege Tätigen als belastend wahrgenommen, 45 Prozent sehen ihre Work-Life-Balance durch ungünstige Arbeitszeitregelungen gestört. Genauere Analysen zeigen jedoch eine hohe Varianz zwischen den Einrichtungsarten. Vor allem die Organisationsqualität der Arbeitszeiten in den Einrichtungen bestimmt die Zufriedenheit der Belegschaft. Hohe zeitliche und qualitative Anforderungen im Beruf und in der Familie versetzen die Beschäftigten in eine zwiespältige Situation: Einer der beiden Bereiche wird oftmals zugunsten des anderen vernachlässigt. In der NEXT-Studie zeigt sich, dass das Personal in ambulanten Diensten mit 46,4 Prozent am stärksten von diesem Konflikt betroffen ist. Danach folgen Mitarbeiter in Alten- und Pflegeheimen mit 44,1 Prozent sowie Krankenhausbeschäftigte mit 43,6 Prozent.⁵³

Ein weiterer belastender Faktor ist der Nachtdienst. Rund 60 Prozent der Pflegekräfte im Krankenhaus, 29 Prozent in Alten- und Pflegeheimen, aber weniger als 10 Prozent in den ambulanten Diensten sind davon betroffen.⁵⁴

73,8 Prozent der Pflegenden in ambulanten Pflegediensten leisten regelmäßig Überstunden. Diese betragen bei 22,5 Prozent der Beschäftigten zwischen 5 und 10 Stunden pro Monat. Der Großteil der Pflegenden leistet jedoch zwischen 10 und 20 Stunden Mehrarbeit. Bei 13,6 Prozent sind es sogar 20 Überstunden monatlich.⁵⁵

Die Dauernachtschichtarbeit von Gesundheits- und Krankenpflegekräften wird häufig mit der Angabe begründet, dass nur so die Kinderbetreuung tagsüber sichergestellt werden kann. Bei dieser extremen Form der Doppelbelastung durch Arbeit und Kinderbetreuung kann sich allerdings der vermeintliche Vorteil schnell in sein Gegenteil wenden.⁵⁶ Die negativen Effekte der Schichtarbeit auf das Ehe- und Familienleben scheinen zu überwiegen.

Herausforderungen

Grundsätzlich bietet der Pflegeberuf viele Möglichkeiten, flexibel auf die Anforderungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu reagieren. Aufgrund der gängigen Arbeitszeitmodelle, Wochenend- und Feiertagsdiensten, unzuverlässiger Dienstpläne, des Schichtdiensts, weniger freier Tage aufgrund einer geringen Tagesarbeitszeit sowie geplanter und ungeplanter Überstunden empfinden viele Pflegenden die aktuelle Situation jedoch als Belastung.

Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen der Personalsituation ist es der Enquetekommission ein wichtiges Anliegen, den Pflegeberuf familienfreundlicher zu gestalten. Dabei hat die Enquetekommission den attraktiven Einstieg für Berufsanfänger ebenso im Blick wie die Förderung des Verbleibs im Pflegeberuf und auch die Erleichterung des Wiedereinstiegs bei der Rückkehr aus der Familienphase.

⁵³ Metz et al.: Demografischer Wandel in der Pflege 2009

⁵⁴ Metz et al.: Demografischer Wandel in der Pflege 2009

⁵⁵ DAK Gesundheitsreport 2006

⁵⁶ Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: Schichtarbeit 2012

Der Versorgungsauftrag rund um Uhr stellt aktuell vor allem kleine Einrichtungen vor enorme Personalprobleme, die innovativer, auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ausgerichteter Lösungsansätze bedürfen.

Die Enquetekommission betrachtet es daher als bedeutende Zielsetzungen, familienfreundliche Arbeitszeiten und verlässlich planbare Freizeit zu ermöglichen. Hierfür bedarf es geeigneter Strategien, um das „Holen aus dem Frei“ zu verhindern. Die Belastung durch geplante Überstunden muss verringert werden. Dies gilt insbesondere für Eltern betreuungsbedürftiger Kinder und für Pflegende, die selbst Angehörige mit Pflegebedarf betreuen. Ebenso sieht die Enquetekommission in der Gewährleistung von Kinderbetreuung auch und gerade bei Schichtdienst ein wichtiges Ziel. Insgesamt sollte der Fokus auf der Organisation von lebensphasengerechten Arbeitsplätzen liegen, um dadurch individuell und flexibel die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen.

Handlungsempfehlungen

Um familienfreundliche Arbeitszeiten zu ermöglichen, gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Enquetekommission fordert die Landesregierung auf, aktiv Best-Practice-Beispiele für familienfreundliche Arbeitsplätze in der Pflege in Baden-Württemberg zu identifizieren und diese zu bewerben.
- b) Arbeits- und Aufgabenmodelle müssen flexibler werden. Belastende Faktoren des Pflegeberufs wie eine schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch aufgrund des Schichtdienstes sowie die körperlich anstrengenden Arbeiten können abgemildert werden, wenn Arbeitsmodelle lebensphasengerecht gestaltet werden. Es muss altersgerechte Arbeitsplätze mit einer geringeren körperlichen Belastung ebenso geben wie Modelle für Arbeitskräfte in der Familiengründungsphase. Darüber hinaus müssen Möglichkeiten wie Arbeitszeitkonten und lebenszyklusorientierte Personalarbeit diskutiert werden.
- c) Die Pflegedienst- und Wohnbereichsleitungen müssen für die Verlässlichkeit der Dienstpläne sorgen. Oft müssen Pflegekräfte an ihren freien Tagen einspringen, damit die Personalvorgaben eingehalten werden können. Diese Situation führt dazu, dass eine Abgrenzung von der Arbeit schwieriger wird. Außerdem wird eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf so auf unzumutbare Weise erschwert. Hierbei können innovative Ansätze zur Dienstplangestaltung etwa durch Hinzuziehung neuer Kommunikationsmedien hilfreich sein.
- d) Durch die Vorhaltung ausreichender Personalressourcen und die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Konzepten soll das „Holen aus dem Frei“ verhindert werden. Dabei sind insbesondere Beschäftigte mit betreuungsbedürftigen Kindern oder Angehörigen mit Pflegebedarf in den Blick zu nehmen. Einrichtungen könnten beispielsweise Springerpools schaffen und die Bereitschaft zur Teilnahme daran durch eine zusätzliche Vergütung würdigen.
- e) Durch gute Arbeitsorganisation, Dienstplanung und Vorhaltung ausreichender Personalressourcen sollen Überstunden eng begrenzt werden.
- f) Die Enquetekommission regt bei den Kommunen des Landes die Schaffung und Erweiterung von Kinderbetreuungsangeboten an, die den Bedarfen des Schichtdienstes gerecht werden. Das können beispielsweise erweiterte Öffnungszeiten in Kinderhäusern für Kinder der Altersstufen von 0 bis 14 Jahre sein.

- g) Die Enquetekommission regt den Ausbau von 24-Stunden-Kindertagesstätten an. Pflegeeinrichtungen können zur Schaffung von gemeinsamen Kinderbetreuungsangeboten kooperieren und dadurch Synergieeffekte erzielen.
- h) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Dienstbesetzungsvorgaben seitens der Behörden im Hinblick auf Flexibilisierungsmöglichkeiten der Arbeitszeiten unter Berücksichtigung des Bedarfs der Menschen mit Pflegebedarf kritisch zu überprüfen und ggf. anzupassen.
- i) Es müssen Strategien entwickelt werden, die es besonders kleinen Betriebseinheiten ermöglichen, kurzfristige Personalengpässe durch externes Personal abzufedern.

Teilzeit

Sachstand

In Baden-Württemberg ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in Pflegeberufen in den Jahren 2001 bis 2013 kontinuierlich angestiegen. In der ambulanten Pflege arbeiteten im Jahr 2013 24.633 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Teilzeit. Dies entspricht 77,4 Prozent. Im Jahr 2001 waren es 13.425 Mitarbeitende, was 67,1 Prozent entspricht. 49,9 Prozent des Personals in ambulanten Pflegediensten arbeitet weniger als 50 Prozent.⁵⁷

In der stationären Altenhilfe zeigt sich eine ähnliche Entwicklung. Im Jahr 2013 arbeiteten 55.184 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Teilzeit. Dies entspricht 60,9 Prozent. Davon arbeiteten 29,7 Prozent weniger als 50 Prozent. Im Jahr 2001 arbeiteten dort 25.789 Mitarbeitende in Teilzeit, was 44,7 Prozent entspricht.⁵⁸

Als wesentliche Gründe für eine Teilzeiterwerbstätigkeit geben Pflegende an, dass persönliche oder familiäre Gründe, wie z. B. das Fehlen einer externen Kinderbetreuungsmöglichkeit, die Ausübung einer Vollzeittätigkeit verhindern. Ebenso wird angeführt, dass Bildungs-, Ausbildungs- oder Weiterbildungsaktivitäten Zeitrressourcen binden und so einer Vollzeitbeschäftigung im Wege stehen. Vor allem in der Altenpflege berichten Pflegende, dass Vollzeitstellen nicht immer angeboten werden.

Herausforderungen

Ein großer Anteil der Pflegenden arbeitet in Teilzeit. Für viele Pflegekräfte stellt die Möglichkeit einer Beschäftigung in Teilzeit eine wichtige Option dar, in den Beruf zurückzukehren oder im Beruf zu verbleiben und dennoch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen. Daher sieht die Enquetekommission es als Ziel an, freiwillige Teilzeit zu ermöglichen. Gleichwohl betrachtet es die Enquetekommission als wichtige Herausforderung, die Rückkehr aus freiwilliger Teilzeit in eine Vollzeitbeschäftigung zu ermöglichen. Ziel muss es daher sein, dass Pflegekräften, die in einer Vollzeitbeschäftigung arbeiten wollen, auch eine Vollzeitstelle angeboten werden kann.

Gerade in der Altenhilfe ist es immer häufiger der Fall, dass Stellen lediglich als Teilzeitstellen ausgeschrieben und besetzt werden. Dies hat zur Folge, dass Pflegekräfte eine Teilzeitbeschäftigung in Kauf nehmen, obwohl sie eine Vollzeitbeschäftigung anstreben. Der überwiegende Anteil der Teilzeitbeschäftigten in der Pflege ist weiblich. Dies führt dazu, dass vor allem weiblichen Pflegenden im Alter ein geringeres Rentenniveau zusteht, was die Gefahr von Altersarmut erhöht. Die Enquetekommission betrachtet es daher als Herausforderung, prekäre Beschäftigungsverhältnisse und den Zwang zur Teilzeit in der Pflege zu verhindern. Teilzeitbeschäftigten muss der Wechsel in Vollzeitbeschäftigung ermöglicht werden.

⁵⁷ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2015

⁵⁸ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2015

Handlungsempfehlungen

Um die Teilzeitbeschäftigung mitarbeitergerecht zu gestalten, gibt die Enquetekommission nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen, Teilzeit durch unterschiedliche Arbeitszeitmodelle zu ermöglichen. Hierzu sind passgenaue Teilzeitmodelle im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten und der gesetzlichen Rahmenbedingungen zu entwickeln. Den individuellen Wünschen der Pflegekräfte ist dabei Rechnung zu tragen. Es ist insbesondere darauf zu achten, dass Arbeitszeitmodelle so gestaltet sind, dass Beschäftigte nach einer freiwilligen Teilzeit die Möglichkeit erhalten, in eine Vollzeitbeschäftigung zurückzukehren. Einrichtungen sollen für Personen, die ganztätig arbeiten wollen, Vollzeitstellen anbieten.
- b) Einrichtungen sollen offensiv Vollzeitstellen bewerben, Hindernisse für Vollzeitarbeit identifizieren und passende Lösungen zur Erhöhung der Arbeitszeit anbieten, soweit dies mit den betrieblichen Erfordernissen in Übereinstimmung zu bringen ist.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, Beratungsangebote für den Wiedereinstieg in die Pflegeberufe auszubauen. Weitere Ausführungen hierzu im Abschnitt 3.6.1 "Attraktivität der Ausbildung".

Nicht existenzsichernde und illegale Beschäftigung

Herausforderungen

Illegale Beschäftigungsverhältnisse, die den Mindestlohn missachten, das Arbeitszeitgesetz nicht einhalten oder Sozialversicherungsbetrug zur Folge haben, müssen bekämpft werden. Der Staat soll die gesetzeskonforme 24-Stunden-Betreuung fördern und gegebenenfalls vermitteln. Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige sollen Informationen über rechtssichere Beschäftigungsverhältnisse in der 24-Stunden-Betreuung erhalten. Ziel muss es auch sein, dass ausländische Beschäftigte Informationen über ihre Rechte erhalten.

Handlungsempfehlungen

Es müssen Wege gefunden werden, die nicht existenzsichernde und illegale Beschäftigung in legale und existenzsichernde Arbeitsverhältnisse umwandeln. Hierbei sind die arbeitsrechtlichen Vorgaben zu beachten.

- a) Die Bundesregierung soll Modelle zur Förderung von 24-Stunden-Betreuungen prüfen.
- b) Weiter wird die Einrichtung beziehungsweise Förderung von Beratungsstellen empfohlen, in denen sich zum einen ausländische Betreuungskräfte über ihre Rechte informieren können und zum anderen Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige über rechtssichere Beschäftigungsverhältnisse in der 24-Stunden-Betreuung beraten lassen können. Die zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit soll Unterstützung bei arbeits(vertrags)rechtlichen Fragen für haushaltsnahe Dienstleistungen bieten.
- c) Der Bundes- und der Landesregierung wird empfohlen, ordnungsrechtliche Mittel auszuschöpfen und die Verfolgungsbehörden mit den erforderlichen personellen Mitteln auszustatten.

3.5.6 Pflegekräfte mit Migrationshintergrund

Sachstand

Bei der Studie zur „Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund“ (VäMP) gaben insgesamt 87,4 Prozent der befragten Einrichtungen an, Menschen mit Migrationshintergrund in ihrer Einrichtung zu beschäftigen, wobei der Anteil der stationären Einrichtungen mit 94,1 Prozent höher ist als bei den ambulanten Diensten mit 79,9 Prozent.

In annähernd 40 Prozent der Einrichtungen, die Menschen mit Migrationshintergrund beschäftigen, beträgt der Anteil an Beschäftigten mit Migrationshintergrund zwischen 20 Prozent und 50 Prozent der Gesamtbelegschaft. Insbesondere im stationären Bereich scheint die Beschäftigung von Menschen mit Migrationshintergrund einen besonderen Stellenwert zu haben; bei über 50 Prozent der befragten Einrichtungen arbeiten zwischen 20 Prozent und 100 Prozent Menschen mit Migrationshintergrund. Im Durchschnitt machen Menschen mit Migrationshintergrund 22 Prozent der Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg aus, wobei der Anteil bei den ambulanten Diensten mit 18,8 Prozent niedriger ist als der Anteil bei den stationären Einrichtungen mit 24,8 Prozent.

Menschen mit Migrationshintergrund arbeiten in den Einrichtungen in unterschiedlichen Positionen. Überwiegend sind sie als Pflegefachkraft beschäftigt. Ebenso sind viele der Beschäftigten mit Migrationshintergrund als Altenpflegehelferin bzw. Altenpflegehelfer angestellt. Es zeigt sich, dass nahezu alle Positionen in der Altenhilfe auch von Menschen mit Migrationshintergrund besetzt werden.

Herausforderungen

Menschen mit Migrationshintergrund stellen eine wichtige Ressource für die Ausbildung neuer Fachkräfte dar. Dabei sind ausreichende Sprachkenntnisse eine wichtige Voraussetzung zur Ausbildung im Pflegebereich. Die Enquetekommission spricht sich dafür aus, dass für Menschen mit unzureichenden Deutschkenntnissen Sprachkurse angeboten werden.

Die Bedarfe der Pflegenden mit Migrationshintergrund müssen im Einrichtungsalltag berücksichtigt werden. Ziel ist es, hierzu geeignete Konzepte zu identifizieren und umzusetzen.

Handlungsempfehlungen

- a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, ein Sonderprogramm „Berufliche Zukunft in der Pflege“ mit besonderem Schwerpunkt von Menschen mit Migrations- oder Flüchtlingshintergrund durchzuführen. Dabei sollen insbesondere die beruflichen und fachlichen Kenntnisse und das Interesse erfasst und schneller anerkannt sowie Wege der Ausbildung und Berufstätigkeit im Bereich der Pflege aufgezeigt werden.
- b) Davon losgelöst empfiehlt die Enquetekommission, die Rekrutierung zukünftiger Pflegekräfte unter jungen Menschen mit Migrationshintergrund weiterzuentwickeln. Der 10jährige Schulabschluss muss das Zugangskriterium zum Pflegeberuf bleiben. Hauptschülern muss es jedoch ermöglicht werden, sich durch eine modulare Ausbildung zu Fachkräften zu qualifizieren. Migrant*innenverbände können eingebunden werden, um verstärkt für die Pflegeberufe zu werben.
- c) Einrichtungen sollen zukünftig vermehrt Wert auf die kultursensible Führung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern legen. Hierzu sollen entsprechende Schulungen von Führungskräften durchgeführt werden. Eine Förderung von Migrant*innen und Migrant*innen bei der Besetzung von Führungspositionen, sofern gleiche Qualifikation vorliegt, ist zu befürworten.

3.5.7 Ausländische Betreuungskräfte

Sachstand

Nach dem Gutachten der Katholischen Hochschule Freiburg greifen zahlreiche EU-Staaten angesichts der demografischen Entwicklung und des hohen Bedarfs an Pflegekräften auf ausländische Arbeitskräfte zurück, um den Personalmangel in der Pflege zu lindern. In Deutschland und Skandinavien geschieht dies durch die offizielle Rekrutierung von Migrantinnen und Migranten. In einigen Mittelmeerstaaten (und teilweise auch in Österreich und Deutschland) werden Migrantinnen und Migranten auch von Familien auf informellem Weg als Haushaltshilfen bzw. Pflegepersonen für ältere Angehörige angeworben. In Deutschland wurden administrative Veränderungen vorgenommen, um Pflegepersonal auch aus Nicht-EU-Staaten beschäftigen zu können. Gemäß den Erhebungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat Baden-Württemberg mit einem Anteil von 8,5 Prozent im Ländervergleich den zweithöchsten Anteil an ausländischem Pflegepersonal. Die Hauptherkunftsländer ausländischer Pflegekräfte in Baden-Württemberg sind Kroatien, die Türkei und Polen. Die meisten ausländischen Pflegekräfte werden in Einrichtungen der Altenpflege beschäftigt.

Herausforderungen

Um Lösungsstrategien für den prognostizierten Personalmangel zu entwickeln, muss auch eine Auseinandersetzung mit der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte stattfinden.

Es darf kein „Braindrain“⁵⁹ in den Herkunftsstaaten stattfinden, da dies keine Lösung der globalen Pflegeproblematik wäre.

Vor diesem Hintergrund erachtet es die Enquetekommission als besondere Herausforderung, dass angeworbene Mitarbeitende aus dem Ausland sich dauerhaft in ihrem neuen Berufsfeld integrieren und das Anerkennungsverfahren des ausländischen Berufsabschlusses zügig absolviert werden kann. Zudem darf keinesfalls ein negatives Bild nach dem Motto: „Jeder kann pflegen“ entstehen. Es ist darauf zu achten, dass das Qualifikationsniveau der angeworbenen Pflegenden dem inländischen Qualifikationsniveau entsprechen muss. Betreuungskräfte aus dem Ausland benötigen eine arbeitsrechtliche, steuerrechtliche und sozialrechtliche sowie eine qualitative Absicherung, eine Flexibilisierung des Arbeitszeitgesetzes sowie konkrete Ansprechpersonen.

Das Angebot an ausländischen Betreuungskräften darf dabei nicht zu einem Auspielen gegen Fachkräfte im Pflegebereich führen.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission ist der Ansicht, dass es vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen im Pflegebereich zielführender Konzepte für die Einbeziehung ausländischer Betreuungskräfte bedarf. Daher werden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, die Durchführung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsabschlüsse noch weiter zu beschleunigen.
- b) Sprachkurse vor dem ersten Einsatz in den Einrichtungen sowie eine verbindliche Festlegung des erforderlichen Sprachniveaus müssen unbedingt beachtet werden. Hierbei könnten Programme, die Pflegenden beim Erwerb des erforderlichen sprachlichen Niveaus unterstützen, über die regionalen Arbeitsagenturen angestrebt werden.

⁵⁹ Abwanderung von Wissenschaftlern u. a. hoch qualifizierten Arbeitskräften ins Ausland

- c) Die Enquetekommission legt den Einrichtungen nahe, Konzepte für eine Willkommenskultur, d. h. eine aktive Begleitung in der Anfangszeit, zu erarbeiten und umzusetzen.

Minderheitenvoten zu Kapitel 3.5 „Arbeitsbedingungen“**Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „24-Stunden-Betreuung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.5.5 „Familie und Beruf“**

Nach Auffassung der FDP/DVP-Fraktion benötigt die Tatsache, dass bundesweit schätzungsweise bis zu 300.000 externe Betreuungskräfte, überwiegend aus dem osteuropäischen Ausland, in Privathaushalten tätig sind, eine bessere gesetzliche und sozialrechtliche Absicherung. Positive Erfahrungen, die in Österreich mit einem Fördermodell gemacht wurden, sollen bei einer Lösung auf Bundesebene mit einbezogen werden. Wir halten die Forderung, die damit verbundenen notwendigen arbeitsrechtlichen und finanziellen Änderungen auf Bundesebene anzuregen, aufrecht.

Darüber hinaus fordern wir die Erprobung durch ein Modellprojekt in Baden-Württemberg unter Einbeziehung der Organisationen, die immer wieder auf den dringenden Regelungsbedarf dieser Frage hinweisen.

Handlungsempfehlungen

Wir fordern, dass sich das Land Baden-Württemberg auf Bundesebene für die bessere gesetzliche und sozialrechtliche Absicherung der 24-Stunden-Hausbetreuung durch externe Betreuungskräfte einsetzt unter Einbindung der Erfahrungen, die dazu in der Republik Österreich vorliegen, und ein Modellprojekt auflegt.

3.6 Aus- und Weiterbildung

Einleitung

Trotz steigender Ausbildungszahlen im Bereich der Pflege wird es einen Fachkräftemangel geben, wenn ausgebildete Pflegekräfte den Pflegeberuf vorzeitig wieder verlassen oder nicht noch mehr Menschen für das Berufsfeld gewonnen werden können. Neben Aspekten wie der Vergütung und einer hoher Arbeitsbelastung spielen auch ein unscharfes Arbeitsprofil, unklare Kompetenzen und fehlende berufliche Perspektiven eine große Rolle, die sich auf die Attraktivität des Berufsbilds auswirkt. Daher plädiert die Enquetekommission für eine Professionalisierung des Pflegeberufs, um dessen Attraktivität zu steigern. Klare rechtliche Rahmenbedingungen vermitteln bereits vor der Ausbildung ein realistisches Berufsbild und schützen vor allem im Arbeitsalltag vor Willkür und Überforderung. Mit einer attraktiven Ausbildung können qualifizierte Nachwuchskräfte für die Bewältigung der zukünftigen Aufgaben gewonnen werden. Die Konzeption beruflicher und akademischer Ausbildungen, die sowohl in quantitativer wie auch in qualitativer Hinsicht den aktuellen und künftigen Erfordernissen der Pflege Rechnung tragen, sind, ebenso wie Weiterbildungsmöglichkeiten mit transparenten Aufstiegs- bzw. Entwicklungsperspektiven zentrale Zielsetzungen für eine gelingende pflegerische Versorgung. Die Enquetekommission spricht sich für die generalistische Ausbildung aus. Mit den richtigen Ausbildungsinhalten und guten Ausbildungsbedingungen werden die Grundlagen für einen guten Start in den Pflegeberuf gelegt. Für besonders qualifizierte und akademisch ausgebildete Fachkräfte müssen langfristige Karrierewege und Entwicklungsmöglichkeiten klar definiert und kommuniziert werden. Mit einer Teil-Akademisierung des Pflegeberufs wird es möglich, die internationale Anschlussfähigkeit zu garantieren und die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern. Die Pflegeforschung muss ausgebaut und deren Erkenntnisse müssen durch einen gelungenen Theorie-Praxis-Transfer in die Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf integriert werden.

3.6.1 Attraktivität der Ausbildung

Mehr Menschen für die Pflegeberufe gewinnen

Sachstand

Heute werden folgende Berufe zu den Pflegefachberufen gezählt:

- Altenpflegerin und Altenpfleger,
- Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger,
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger.

Die Pflegefachberufe werden über eine 3-jährige Ausbildung mit einem staatlichen Abschluss vermittelt.

Als Assistenzkräfte im Bereich der Pflege werden folgende Berufsgruppen gesehen:

- Alltagsbetreuerin und Alltagsbetreuer
- Altenpflegehelferin und Altenpflegehelfer
- Gesundheits- und Krankenpflegehelferin und Gesundheits- und Krankenpflegehelfer
- Heilerziehungspflege-Assistentin und Heilerziehungspflege-Assistent.

Die Ausbildung in der Altenpflegehilfe dauert ein Jahr, die schulische Ausbildung an Berufsfachschulen ist landesrechtlich geregelt. Lernorte sind die Berufsfachschule und der Praktikumsbetrieb. Für die Ausbildung wird ein Hauptschulabschluss vorausgesetzt.

Bereits heute wird in aktuellen Konzepten der Pflege und Unterstützung vermehrt Wert auf eine natürliche Gestaltung des Alltags gelegt. Hierbei spielt der Personalmix eine wichtige

Rolle. Die Enquetekommission geht davon aus, dass sich diese Entwicklung auch in Zukunft fortsetzen wird. In diesem Kontext hat die Hauswirtschaft als Baustein eines gelingenden Versorgungsmix eine große Bedeutung. Daher ist es bedenklich, dass die Zahlen der Auszubildenden im Ausbildungsberuf der Hauswirtschafterin oder des Hauswirtschafter von 268 Auszubildenden im Jahr 2008 auf 195 im Jahr 2013 gesunken sind. In Baden-Württemberg werden Hauswirtschafterinnen und Hauswirtschafter aktuell überwiegend in sozialen Einrichtungen, insbesondere Altenhilfeeinrichtungen, ausgebildet und beschäftigt.

Entwicklung der Auszubildenden

Die Zahlen der Auszubildenden im Bereich der Altenpflege- und Altenpflegehilfeausbildung sind seit Beginn der Erfassung durch das Statistische Landesamt Baden-Württemberg kontinuierlich gestiegen. Im Schuljahr 2013/14 absolvierten 8.961 Personen die Ausbildung zur Altenpflegerin und zum Altenpflegehelfer. Ausgehend vom Durchschnitt der letzten fünf Jahre und unter der Annahme, dass die Anzahl der Absolventen konstant bleibt, kann von 3.000 frisch examinierten Altenpflegekräften pro Jahr ausgegangen werden. Bis 2030 wären das 56.000 zusätzliche Altenpflegekräfte, womit der potenzielle Bedarf an Fachkräften durch Ausbildung theoretisch gedeckt wäre. In dieser Rechnung ist allerdings die erhebliche Zahl an ausscheidenden Pflegekräften, die ersetzt werden müssen, nicht berücksichtigt. Da der Frauenanteil unter den Auszubildenden sehr hoch ist, werden etliche Berufsanfängerinnen aus familiären Gründen eine Teilzeitstelle suchen.

Tabelle 10: Auszubildende in Pflegeberufen – Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg)

Schuljahr	Altenpfleger/-in			
	Gesamt	Weiblich	Männlich	Ausländisch
2001/2002	6.328	5.404	924	662
2002/2003	6.650	5.717	933	710
2003/2004	6.847	5.723	1.124	721
2004/2005	7.175	5.801	1.374	781
2005/2006	7.096	5.599	1.497	720
2006/2007	7.015	5.556	1.459	744
2007/2008	6.861	5.506	1.355	771
2008/2009	6.946	5.624	1.322	826
2009/2010	7.323	5.983	1.340	887
2010/2011	8.045	6.589	1.456	1.107
2011/2012	8.670	7.027	1.643	1.273
2012/2013	8.928	7.152	1.776	1.553
2013/2014	8.961	7.214	1.747	1.270

Die Zahl der Auszubildenden als Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer 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.

Tabelle 11: Auszubildende in Pflegeberufen – Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg)

Schuljahr	Altenpflegehelfer/-in			
	Gesamt	Weiblich	Männlich	Ausländisch
2003/2004	629	523	106	99
2004/2005	700	566	134	91
2005/2006	766	626	140	111
2006/2007	714	567	147	91
2007/2008	754	617	137	89
2008/2009	831	672	159	127
2009/2010	957	798	159	169
2010/2011	1.126	944	182	212
2011/2012	1.153	966	187	265
2012/2013	1.139	958	181	246
2013/2014	1.129	1.006	123	738

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. Die sinkenden Ausbildungszahlen der vergangenen Jahre führten dazu, dass heute in der Gesundheits- und Krankenpflege weniger Beschäftigte in der Altersgruppe der unter 35-Jährigen sind als im Jahr 2000. Gleichzeitig hat sich der Mitarbeiterbestand in der Gruppe der über 50-Jährigen verdoppelt.

Tabelle 12: Auszubildende in Pflegeberufen – Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Gesundheits- und Krankenpfleger (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg)

Schuljahr	Gesundheits- und Krankenpfleger/-in			
	Gesamt	Weiblich	Männlich	Ausländisch
2001/2002	7.441	6.244	1.197	461
2002/2003	7.347	6.168	1.179	456
2003/2004	7.587	6.374	1.213	471
2004/2005	7.480	6.201	1.279	469
2005/2006	7.224	5.990	1.234	425
2006/2007	7.141	5.907	1.234	431
2007/2008	7.124	5.896	1.228	438
2008/2009	7.181	6.008	1.173	453
2009/2010	7.057	5.913	1.144	486
2010/2011	7.299	6.086	1.213	561
2011/2012	7.472	6.147	1.325	639
2012/2013	7.486	6.047	1.439	717
2013/2014	7.449	5.980	1.469	785

Der Frauenanteil unter den Auszubildenden in Pflege ist in allen drei Ausbildungsgängen mit jeweils über 80 Prozent sehr hoch. Bei den Pflegehilfsberufen liegt der Frauenanteil sogar bei 90 Prozent.

Den höchsten Anteil an ausländischen Auszubildenden hat in Baden-Württemberg bezogen auf das Schuljahr 2013/2014 die Ausbildung zur Altenpflegehilfe mit 40 Prozent, es folgen die Altenpflege mit 12 Prozent und die Gesundheits- und Krankenpflege mit 10 Prozent.

Die Entwicklung der Ausbildungszahlen muss auch unter dem Blickwinkel der demografischen Entwicklung betrachtet werden. Die Kernbotschaft der aktualisierten Bevölkerungsprognose ist, dass der demografische Wandel die Bevölkerungsstruktur zwischen den Jahren 2015 und 2030 spürbar verändern wird. Das Durchschnittsalter steigt und der Pflegebedarf nimmt zu. Der Anteil der Altersgruppe der unter 20-Jährigen wird um 1,1 Prozentpunkte zurückgehen, während die Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen landesweit um 4,9 Prozentpunkte zulegt. Damit wird deutlich, dass im Verhältnis weniger junge Menschen für eine Ausbildung zur Verfügung stehen.

Herausforderungen

Damit die Pflegearbeit auch in Zukunft auf einem fachlich hohen Niveau sichergestellt werden kann, muss es gelingen, genug Nachwuchskräfte für die Pflege zu gewinnen.

Ein bisher eher unterschätzter Aspekt bei der Personalgewinnung ist die Bedeutung von Erfahrungen mit sozialer Verantwortung im Schulalter. Über Sozialpraktika in der Schulzeit können junge Menschen bereits vor der Berufswahl erste persönliche Erfahrungen mit der Pflege machen. Gute Erfahrungen, wie beispielsweise das eigene Erleben von Dankbarkeit und Anerkennung seitens der Menschen mit Pflegebedarf, können die spätere Berufswahl in Richtung der Pflege beeinflussen. Initiativen wie Freiwilligendienste (FSJ, BFD) sollen junge Menschen jeglichen sozialen Hintergrunds an die Arbeit im sozialen Bereich heranführen und so einen ähnlich positiven Effekt auf die Personalgewinnung haben wie der frühere Zivildienst.

Berufe in der Pflege sollen nicht nur in Bezug auf die Erstausbildung junger Menschen als mögliche Option erscheinen. Als potenzielle Zielgruppe für Berufe in der Pflege sollen Menschen, die nach einer Familienphase wieder ins Berufsleben einsteigen, oder solche, die sich in ihrer beruflichen Tätigkeit neu orientieren möchten, verstärkt in den Blick genommen werden. Bei der Entscheidung, in welchem Berufsfeld der Wiedereinstieg oder der Quereinstieg stattfinden soll, müssen die Pflegeberufe als geeignete Alternative erkannt werden.

Die Schaffung von Teilzeitausbildungsangeboten erleichtert den Zugang für Menschen, die aus familiären oder zeitlichen Gründen keine Vollzeitausbildung bewerkstelligen können.

Menschen mit Migrationshintergrund sollen gezielt für die Berufe in der Pflege gewonnen werden. Hierzu sind mögliche Ausbildungshemmnisse wie beispielsweise unzureichende Sprachkenntnisse abzubauen und der Pflegeberuf empfängerorientiert darzustellen. Über den Einstieg in die Pflegeassistentenberufe besteht auch für Menschen mit Hauptschulabschluss ein geeigneter Zugang zu den Pflegeberufen. Dabei sollte auch auf die sich anschließenden Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten hingewiesen werden.

Lokale Bündnisse für Pflege erscheinen der Enquetekommission als ein geeignetes Instrument, vor Ort alle gesellschaftlichen Gruppen, die einen lokalen Bezug zur Pflege haben, zusammenzubringen und deren Kompetenzen und Interessen zu bündeln. Wenn es gelingt, die Ausbildung in diesen Bündnissen zum Thema zu machen, so ergibt sich daraus eine Plattform, auf der sich Ausbildungsinteressierte und Ausbildungsträger begegnen können. Mit örtlichen Arbeitsagenturen sollte in der gleichen Zielrichtung stärker kooperiert werden.

Die Enquetekommission regt an, künftig die Sichtweise zu erweitern und von „Berufen für Menschen“ zu sprechen und es nicht bei einer Verengung auf die Pflege zu belassen. Dies wäre eine Betrachtungsweise, die sich auch als Grundlinie für die Öffentlichkeitsarbeit und Kampagnen eignet. Es soll daher darüber nachgedacht werden, ein Berufsgruppenkonzept zwischen Cure und Care landesrechtlich zu flankieren und zu qualifizieren. Als Voraussetzung hierzu muss zunächst die Differenzierung zwischen Cure und Care vertieft diskutiert werden.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission sieht in der verstärkten Nachwuchsgewinnung einen bedeutenden Baustein zur Sicherstellung der Pflege auf fachlich hohem Niveau und gibt dazu folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung die curriculare Verankerung von Sozialpraktika in geeigneter Form an weiterführenden Schulen.
- b) Es sind spezielle Beratungsangebote zu schaffen, welche die Pflegeberufe für Menschen, die über einen Wiedereinstieg in den Beruf oder über einen Wechsel aus einem anderen Berufsfeld nachdenken, als geeignete Option darstellen. Es wird beispielsweise eine Orientierung an den Kontaktstellen Frau und Beruf angeregt.
- c) Das Angebot an Teilzeitausbildungen soll ausgeweitet werden.
- d) Die Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund sollen ausgebaut werden.
- e) Menschen mit Hauptschulabschluss sollen als Zielgruppe für einen Einstieg über die Assistenzberufe gezielter angesprochen und auf die Entwicklungschancen in diesem Berufsfeld hingewiesen werden.
- f) Die Kooperation zwischen Ausbildungsträgern und örtlichen Arbeitsagenturen sollen gestärkt, neue lokale Bündnisse für Pflege sollen etabliert oder bestehende gefördert werden.
- g) Die Enquetekommission empfiehlt, bestehende Berufsbilder zu überprüfen und gegebenenfalls ein neues Berufsbild, das einen ganzheitlichen Unterstützungsansatz für Menschen mit Pflegebedarf als Leitbild hat, zu entwickeln.
- h) Das Bewusstsein für die Bedeutung der Hauswirtschaft soll verbessert werden. Die Enquetekommission begrüßt den dazu eingeschlagenen Weg, den Beruf (Fach-)Hauswirtschafterin beziehungsweise Hauswirtschafter entsprechend dem Entwurf der Landesheimpersonalverordnung als Fachkraft anzuerkennen.

Durchlässigkeit steigert die Attraktivität der Pflegeberufe

Sachstand

Zugang zu Pflegeberufen

Für den Zugang zur Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege wird folgende Schulbildung vorausgesetzt:

- ein Realschulabschluss oder
- der Hauptschulabschluss oder eine gleichwertige Schulbildung; hinzukommen muss aber, dass entweder
 - eine Berufsausbildung mit einer vorgesehenen Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren erfolgreich absolviert wurde oder
 - eine Erlaubnis als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer vorliegt oder eine erfolgreich abgeschlossene landesrechtlich geregelte Ausbildung von mindestens einjähriger Dauer in der Krankenpflegehilfe oder Altenpflegehilfe durchgeführt wurde.

Wer eine Altenpflegeausbildung beginnen möchte, muss entweder

- einen Realschulabschluss oder
- einen anderen als gleichwertig anerkannten Bildungsabschluss oder
- eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung, die den Hauptschulabschluss erweitert, oder
- einen Hauptschulabschluss und einen Abschluss in einer anderweitigen mindestens zweijährigen Berufsausbildung oder
- einen Hauptschulabschluss und den anerkannten Abschluss einer Ausbildung in der Krankenpflegehilfe oder Altenpflegehilfe oder
- eine andere abgeschlossene zehnjährige allgemeine Schulbildung

besitzen.

Verkürzungsmöglichkeit für Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer

Eine Verkürzung der Altenpflegeausbildung um ein Jahr erhalten in Baden-Württemberg Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer mit einjähriger Ausbildung, wenn sie die Helferprüfung mit der Note 2,5 oder besser abschließen. Das ist unabhängig davon, ob sie die verkürzte Altenpflegeausbildung sofort anschließen, was mehrheitlich geschieht, oder erst nach einigen Jahren. Nach § 7 des Altenpflegegesetzes (AltPflG) wird die Altenpflegeausbildung um ein Jahr verkürzt, wenn Personen mit Pflegehelferausbildung zusätzlich mindestens ein Jahr Vollzeit in der Pflege gearbeitet haben. Für Personen ohne einschlägige Ausbildung, aber mit mindestens zwei Jahren Vollzeittätigkeit in der Pflege oder Betreuung in einer Pflegeeinrichtung und einer positiven Kompetenzfeststellung kann die Ausbildung um ein Jahr verkürzt werden (§ 7 Abs. 4 Nr. 3 AltPflG). Nach dem Altenpflegegesetz setzen die beiden neuen Tatbestände die Teilnahme an einer Weiterbildungsmaßnahme der Bundesagentur für Arbeit voraus.

Herausforderungen

Die Wahl des Ausbildungsberufes hängt neben den persönlichen Neigungen wesentlich davon ab, welcher der in Frage kommenden Berufe den Einzelnen als beste Chance erscheint. Die Aussicht auf gute Karriere- oder Aufstiegsmöglichkeiten nach der Erstausbildung sind wichtige Kriterien, die bei der Berufswahl eine wesentliche Rolle spielen. Eine gute Durchlässigkeit in horizontaler wie vertikaler Richtung kann zu einer Attraktivitätssteigerung der Pflege beitragen und so mehr Bewerberinnen und Bewerber anziehen. Da in der generalistischen Ausbildung die Bereiche der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zusammengefasst werden soll, ergeben sich, bedingt durch die breitere inhaltliche Aufstellung, mehr Einsatzfelder im Berufsleben.

Es ist der Enquetekommission wichtig, in Bezug auf die Durchlässigkeit auch die Assistenzberufe in den Blick zu nehmen. Den Arbeitsgeberinnen und Arbeitgebern sowie Personalverantwortlichen kommt hierbei die Rolle zu, geeignete Beschäftigte aus dem Assistenzbereich auf die Ausbildung als Pflegefachkraft hinzuweisen und ihnen im Bedarfsfall eine berufsbegleitende Ausbildung zu ermöglichen.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission erkennt in der Durchlässigkeit ein wichtiges Element für die Attraktivität des Pflegeberufs und gibt dazu nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt dem Bund, bei der Ausgestaltung der generalistischen Ausbildung die horizontale Durchlässigkeit und damit den Zugang zu unterschiedlichen Arbeitsfeldern in der Pflege umfänglich sicherzustellen.

- b) Die Einrichtungen sollen die vertikale Durchlässigkeit in den Pflegefachberufen ermöglichen. Dazu kommen insbesondere folgende Aspekte in Frage:
- Personalmanagement (Planung und Entwicklung)
 - Ermöglichung von Fort- und Weiterbildung (im Sinne der Landesheimpersonalverordnung und des Landesbildungszeitgesetzes)
 - Niedrige Zugangsschwelle
 - Aufstiegsmöglichkeiten und -perspektiven schaffen
 - Fachkarrieren ermöglichen
 - Duale Studiengänge
- c) Die Enquetekommission empfiehlt dem Land, bei den Hochschulen anzuregen, dass beispielsweise durch Anrechnungsmöglichkeiten von Ausbildungsinhalten auf akademische Aufbaustudiengänge mehr vertikale Durchlässigkeit geschaffen wird.
- d) Die Einrichtungen sollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Assistenzberufen beim Aufstieg zur Pflegefachkraft unterstützen. Dazu soll auch die berufsbegleitende Ausbildung ermöglicht werden.

Generalistische Ausbildung

Sachstand

Die gegenwärtige Differenzierung der bestehenden Pflegefachberufe wird den Entwicklungen der Versorgungsstrukturen nicht mehr gerecht. Die Bundesregierung plant deshalb, die derzeitigen Ausbildungen zur Altenpflege, zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in einem Pflegeberufegesetz zu einem neuen Pflegeberuf zusammenzuführen und zu modernisieren. Menschen, die sich für den Pflegeberuf entscheiden, soll damit eine qualitativ hochwertige und zukunftsfähige Ausbildung geboten werden, die ein breites Spektrum an Einsatz- und Entwicklungsmöglichkeiten eröffnet und für die Auszubildenden kostenfrei ist. Vorgesehen ist eine einheitliche Grundausbildung mit wählbarem Vertiefungseinsatz bei einer Gesamtdauer von drei Jahren. Die Auszubildenden sollen noch besser als bisher auf komplexe Pflegesituationen und sich verändernde Versorgungsstrukturen vorbereitet werden. Ein einheitliches Berufsbild „Pflege“ soll dabei das berufliche Selbstverständnis der Pflegefachkräfte auch im Verhältnis zu anderen Gesundheitsberufen stärken. Der Gesetzentwurf hierzu wird derzeit erarbeitet.

Herausforderungen

Die Enquetekommission unterstützt grundsätzlich die Reform der Pflegeausbildung und das Schaffen eines einheitlichen Pflegeberufegesetzes. Pflegekräfte sollen so besser auf die veränderten Pflegebedarfe und Versorgungssituationen vorbereitet werden. Zudem sollen Pflegekräfte flexibler einsetzbar sein und der Wechsel zwischen den Beschäftigungsfeldern der Pflege durchlässiger gestaltet werden. Damit soll insgesamt die Attraktivität des Berufes erhöht werden. Mit der generalistischen Pflegeausbildung soll die internationale Anschlussfähigkeit und Vergleichbarkeit erreicht werden. Da es in den meisten europäischen Ländern beispielsweise keine mit der Altenpflegeausbildung vergleichbare Ausbildung gibt, wird diese Ausbildung dort auch nicht als Fachausbildung anerkannt.

Die generalistische Ausbildung soll inhaltlich so ausgestaltet werden, dass eine gemeinsame Basis für die Pflege geschaffen wird und dabei die besonderen Aspekte der Menschen mit Pflegebedarf zum Tragen kommen. Wir verzeichnen eine Zunahme chronischer Erkrankungen wie beispielsweise der Demenz. Der Umgang mit Menschen mit Demenz muss in unterschiedlichen Pflegesettings bewältigt werden, im Krankenhaus ebenso wie im Pflegeheim. Das Basiswissen über diese Krankheitsbilder soll zu Beginn der generalistischen Ausbildung vermittelt werden, da es sämtliche zukünftigen Beschäftigungsbereiche der Auszubildenden betrifft. So erhalten die Auszubildenden das Grundlagenwissen, um sich später für eine geeignete Vertiefung oder Spezialisierung zu entscheiden.

Die Einführung einer generalistischen Ausbildung darf aus Sicht der Enquetekommission nur erfolgen, wenn die derzeit noch offenen Finanzierungsfragen zielführend geklärt sind und die Belange der Altenpflege in deren Ausgestaltung adäquat berücksichtigt werden. Es gibt Befürchtungen, dass bei einer generalistischen Ausbildung Ausbildungsplätze verlorengehen, die Altenpflege fachlich zu kurz kommt, viel neue Bürokratie entsteht und Pflegekräfte vor allem in die finanziell lukrativere Akutpflege gehen, wodurch in der Altenpflege ein zusätzlicher Fachkraftmangel erzeugt würde.

Durch die Neugestaltung dürfen keinerlei finanzielle Belastungen für die Auszubildenden entstehen.

Die Enquetekommission baut auch in Zukunft auf das gestufte Qualifikationsmodell mit der fachschulischen Ausbildung als größte Säule für die Gewinnung der Pflegefachkräfte. Die Assistenzberufe finden im gestuften Qualifikationsmodell praktikable Aufstiegsmöglichkeiten.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt, bei der Ausgestaltung der generalistischen Ausbildung folgende Punkte zu berücksichtigen:

- a) Die Zuständigkeit für die Pflegeausbildung soll auf Landesebene in einem Ministerium gebündelt werden.
- b) Es soll ein verbindliches Curriculum für die Pflegeausbildung geben, in welchem auch die Ausbildungsziele für Theorie- und Praxiseinsätze festgehalten werden.
- c) Die Enquetekommission setzt sich für eine Spezialisierung im letzten Jahr der Ausbildung ein.
- d) Die Ausbildungsinhalte der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege müssen auch künftig hinreichend abgebildet werden. Altenpflegeeinrichtungen müssen ebenso wie Krankenhäuser weiterhin Ausbildungsstätte bleiben. Es sind genügend Zeiteinheiten für die praktische Ausbildung mit spezifischen Inhalten in den Einrichtungen einzuplanen.
- e) Die Enquetekommission empfiehlt, die Ausbildungsinhalte auf die veränderten Anforderungen wie Demenz, Multimorbidität und andere anzupassen.
- f) Durch die Umstellung der Pflegeausbildung soll keine neue Bürokratie entstehen.
- g) Die Neuordnung der Pflegeausbildung darf nicht zu finanziellen Belastungen der Auszubildenden führen.
- h) Die Enquetekommission fordert eine stärkere finanzielle Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten der Ausbildung.
- i) Die landesrechtlich geregelten Ausbildungen in den Assistenzberufen der Pflege sollen passgenau zur kommenden generalistischen Ausbildung weiterentwickelt werden, um die Durchlässigkeit im Bildungssystem Pflege zu gewährleisten.
- j) Die Lehrpläne der generalistischen Ausbildung müssen das Thema Interdisziplinarität verstärkt aufgreifen

3.6.2 Ausbildungsbedingungen

Sachstand

Einflussfaktoren auf die Berufswahl

Pflegeberufe sind in der Gesellschaft sehr angesehen und haben in der Bevölkerung ein gutes Image. Dennoch kommen Studien zum Berufswahlverhalten zu dem Ergebnis, dass Pflegeberufe im Kontext der Berufswahl als wenig attraktiv erscheinen. Eltern raten ihren Kindern davon ab, einen Pflegeberuf zu ergreifen. Als Grund hierfür werden die schlechten Arbeitsbedingungen angeführt. Eltern und deren vor der Berufswahl stehende Kinder nehmen häufig nur negative Stereotype der Pflegeberufe wahr, wie sie oftmals von den Medien verbreitet werden. So entsteht ein einseitig negativ geprägtes Bild der Pflege.

Ausbildungsabbrüche

Der Abbruch von Pflegeausbildungen wird in Baden-Württemberg nicht über die Schulstatistiken erfasst. Im Rahmen der Erstellung des Gutachtens der Katholischen Hochschule Freiburg wurde im Frühjahr 2015 eine Online-Befragung der Pflegeschulen in Baden-Württemberg dazu durchgeführt.

Die statistisch erfasste Abbrecherquote lag im Jahr 2014 bei 7,88 Prozent. Die Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege gaben mit 6,06 Prozent eine etwas geringere Quote an als die Schulen für Altenpflege und Altenpflegehilfe mit 9,43 Prozent Abbrüchen.

Insgesamt wurden 2014 mehr als ein Drittel der Ausbildungsabbrüche in der Altenpflege oder Altenpflegehilfe auf Initiative der Arbeitgeber oder der Schulen durchgeführt. In der Gesundheits- und Krankenpflege wurde dieser Wert nicht statistisch erfasst. Bei Schätzungen durch die Einrichtungen zeigte sich jedoch ein ähnliches Ergebnis. Festzuhalten bleibt, dass ungefähr ein Drittel der Ausbildungen nicht auf Initiative der Auszubildenden beendet werden.

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.

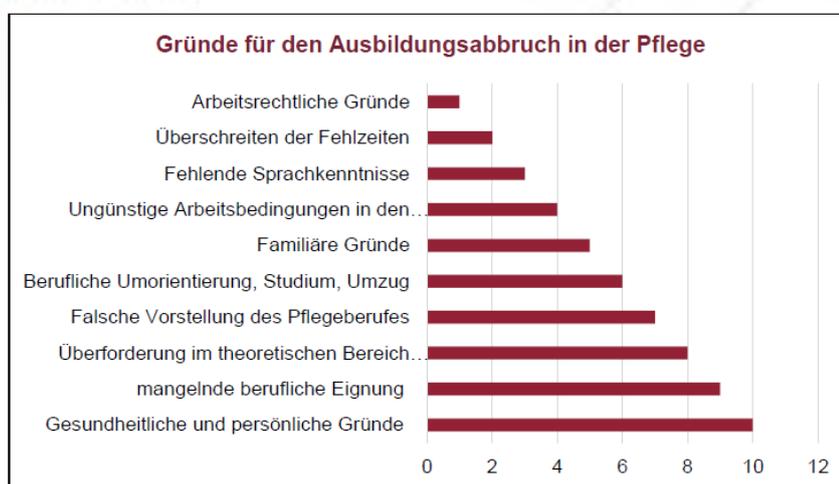


Abbildung 2: IAF-Umfrage Ausbildungsabbruch Pflege 2015

Pflegeausbildungen, denen eine reflektierte Entscheidung zugrunde liegt, münden eher in langfristige Pflegekarrieren – die Pflegeausbildung als „Notlösung“ ist dagegen eher störanfällig. In einer Untersuchung von Seeliger und Strobel im Jahr 2009 zeigt sich ein ähnliches Bild. Immerhin 29 Prozent von 663 befragten Auszubildenden haben angegeben, dass sie während der Ausbildung bereits mehrfach einen Ausbildungsabbruch in Erwägung gezogen haben.

Herausforderungen

Um die Pflegeberufe für junge Menschen attraktiver zu gestalten, gilt es, die Rahmenbedingungen für eine gute und zielgerichtete Ausbildung sicherzustellen. Gute Ausbildungsbedingungen beeinflussen das Berufswahlverhalten junger Menschen und ihrer Eltern positiv, schlechte Ausbildungsbedingungen schrecken ab. Positive wie negative Erfahrungen in der Ausbildung prägen das persönliche Verhältnis der Auszubildenden zu ihrem gewählten Beruf. Wenn Auszubildende bereits während der Ausbildung zu stark belastet werden, erhöht sich das Risiko, dass sie als Fachkraft nicht in das Berufsleben einsteigen oder den Beruf schon nach wenigen Jahren wieder verlassen. Eine weitere wichtige Rahmenbedingung für eine gelingende Ausbildung ist die auskömmliche Refinanzierung der Ausbildungskosten für die Ausbildungsträger. Dies trifft für die Pflegehilfsberufe gleichermaßen zu.

Die Pflegeausbildung nimmt unter den Ausbildungsberufen noch immer eine Sonderrolle ein. Anders als sonstige duale Berufsausbildungen ist sie nicht im Regelbildungssystem verortet. Dies hat einerseits historische Gründe, andererseits ist die Ausbildung sehr stark auf die Ausbildungsträger und deren Bedarfe festgelegt. Nachteile sind neben curriculären Unsicherheiten auch mangelnde Fördermöglichkeiten in wesentlichen Bereichen, wie beispielsweise bei der Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in die Ausbildung.

Handlungsempfehlungen

Zur Sicherstellung guter Ausbildungsbedingungen gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Tarifvertragspartner sollen auch in Zukunft dafür Sorge tragen, dass in der Pflege eine angemessene Ausbildungsvergütung bezahlt wird.
- b) Den Auszubildenden muss eine besondere Rücksichtnahme entgegengebracht werden. Einrichtungen dürfen Auszubildende nicht als „billige“ Pflegekräfte betrachten, sondern sollen sie entsprechend und den Ausbildungszielen angemessen einsetzen. Einrichtungen und Berufsgenossenschaften sollen bereits in der Ausbildung auf Gesundheitsprävention in Bezug auf psychische und physische Belastungen achten.
- c) Der Bund und die Rahmenvertragspartner sollen sicherstellen, dass in Pflegeeinrichtungen Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter analog zu den Vorschriften in der Krankenpflege, also im Verhältnis 1:10 eingesetzt werden.
- d) Pflegeschüler dürfen nicht weiter von Fördermöglichkeiten wie beispielweise der Sprachförderung für Migrantinnen und Migranten ausgeschlossen bleiben.

Zuständigkeiten

Herausforderungen

Momentan sind die Zuständigkeiten für den Ausbildungsbereich Pflege noch auf das Sozial- sowie das Kultusministerium verteilt. Auch bestehen derzeit unterschiedliche Finanzierungszuständigkeiten bei der Altenpflegeausbildung und der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. Um die Pflegeausbildung nicht aus administrativen Gründen zu erschweren, sind eindeutige Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zu schaffen.

Derzeit nehmen Amtsärztinnen und Amtsärzte der Regierungspräsidien die Abschlussprüfungen als Prüfungsvorsitzende ab. Aus Sicht der Enquetekommission wäre es besser, wenn dabei entsprechend qualifizierte Pflegekräfte zum Einsatz kämen, die konkreten Bezug zur pflegerischen Praxis und der Ausbildung verfügen.

Ebenso ist eine Berücksichtigung der bereits im Laufe der Ausbildung erbrachten Leistungen auf die Abschlussnote sinnvoll. Aktuell resultiert die Abschlussnote in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung ausschließlich aus den an der Abschlussprüfung erbrachten Leistungen, während sämtliche Benotungen aus der vorangegangenen dreijährigen Ausbildung keinerlei Rolle spielen.

Handlungsempfehlungen

Zur klareren Ausgestaltung der Zuständigkeiten und Abschlussprüfungen der Ausbildung gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt, zur Verbesserung der Ausbildung und der Arbeitsbedingungen die Zuständigkeit für den Bereich „Pflege“ komplett in einem Landesministerium zu bündeln. Diese Neustrukturierung muss auch im nachgeordneten Bereich der Regierungspräsidien entsprechend nachvollzogen werden, um für die kommende generalistische Ausbildung in den Pflegeberufen gerüstet zu sein.
- b) Die Enquetekommission ersucht die Landesregierung, eine Geschäftsstelle einzurichten, wie dies in § 20 Abs. 6 des Landespflegegesetzes vorgesehen ist.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt, die Ausbildungskapazitäten in den Pflegeberufen am tatsächlichen Bedarf zu orientieren.
- d) Es sollen akademisch qualifizierte Pflegekräfte als Prüfungsvorsitzende, die als Vertretung der Regierungspräsidien die Abschlussprüfungen abnehmen, eingesetzt werden.
- e) Die Enquetekommission fordert eine deutliche Anrechnung der während der dreijährigen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung erbrachten schulischen Leistungen auf die Endnote. Die Anwendung eines Leistungspunktesystems,⁶⁰ das zugleich eine bessere Anknüpfung an die weiterführenden Bildungswege auf akademischem Niveau darstellen würde, soll dabei geprüft werden.

3.6.3 Ausbildungsinhalte

Sachstand

Die Ausbildung in der Altenpflege ist bundesweit einheitlich durch das Altenpflegegesetz geregelt. Die Ausbildung dauert danach drei Jahre. Sie kann jedoch auch in Teilzeitform durchgeführt werden und in diesem Fall bis zu fünf Jahre dauern.

Die Ausbildung umfasst theoretischen und praktischen Unterricht in einer Altenpflegeschule sowie die praktische Ausbildung in einer stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtung. Unterricht und praktische Ausbildung wechseln sich meist in mehrwöchigen Blöcken ab, wobei der Anteil an der praktischen Ausbildung überwiegt.

Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege ist durch das Krankenpflegegesetz geregelt. Die Ausbildung geht über einen Zeitraum von drei Jahren. Sie schließt mit einer staatlichen Prüfung ab. Die Ausbildung erfolgt an staatlich anerkannten Gesundheits- und Krankenpflegeschulen. Die Ausbildung wird durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in 2.100 Theorie- und 2.500 Praxisstunden aufgeteilt. Sie wird an den Krankenhäusern angeschlossenen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen durchgeführt.

⁶⁰ Leistungspunkte (= Credit Points) werden im Europäischen Hochschulraum als ECTS-Punkte vergeben. Das European Credit Transfer System (ECTS) erleichtert die Anerkennung von im In- und Ausland erbrachten Studienleistungen

Herausforderungen

Im Fachschulsystem existieren keine einheitlichen Curricula. Es gibt keinerlei Qualitätskontrollen, etwa durch eine Akkreditierung oder ähnliche Instrumente. Über die Festlegung von Ausbildungsinhalten kann gesteuert werden, für welche künftigen Anforderungen die Auszubildenden vorbereitet werden. Aus Sicht der Enquetekommission ist es wichtig, die Themen wie Qualifikationsmix oder Caremix in der Ausbildung zu verankern.

Sowohl für die generalistische dreijährige Pflegeausbildung wie auch für die Ausbildung zur Pflegehilfe gibt es momentan noch keine präzise Ausgestaltung. Im Mittelpunkt der Neugestaltungsvorhaben der Pflegeausbildung muss ein Bekenntnis zu den Inhalten der Altenpflegeausbildung enthalten sein.

Handlungsempfehlungen

Zur Sicherstellung der Vermittlung der notwendigen Ausbildungsinhalte gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt Bund und Land, die Curricula zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Bei der Überprüfung der Ausbildungsinhalte sollen die veränderten Anforderungen, die durch das vermehrte Auftreten von Demenz, Multimorbidität und anderen Krankheitsbildern gegeben sind, berücksichtigt werden.
- b) In der Ausgestaltung ist die generalistische Ausbildung so zu strukturieren, dass sie auf die Pflege aller Altersstufen (Kinder, Erwachsene, ältere Menschen), in allen Institutionen (Akut-, Kurzzeit- und Langzeitpflege) sowie auf das Arbeiten in beiden Finanzierungssystemen (Krankenversicherung, Pflegeversicherung) ausgerichtet ist und während der Ausbildung die Setzung von Schwerpunkten zulässt.

3.6.4 Praxisanleitung

Sachstand

Rechtliche Vorgaben zur Praxisanleitung

Nach § 19 Abs. 5 des Landespflegegesetzes (LPfG) müssen Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter über eine berufspädagogische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 200 Stunden verfügen. Nach § 25 Abs. 6 LPfG ist jede Pflegefachkraft, d. h. auch die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter, verpflichtet, sich regelmäßig fortzubilden. Die Verantwortung für eine ausreichende Fortbildung liegt bei Pflegekraft und Einrichtung, eine Stundenzahl ist bisher nicht festgelegt. Im Finanzierungsgutachten für das neue Pflegeberufegesetz wird eine jährliche Fortbildung von 24 Stunden für die Praxisanleitung angesetzt.

Herausforderungen

In vielen Betrieben ist die Situation der Praxisanleitung nicht ideal. Daher gilt es, die Organisation und die Finanzierung der Praxisanleitung zu verbessern. Aus Sicht der Enquetekommission muss eine komplette Refinanzierung der Praxisanleitung erreicht werden. Zu viele Einrichtungen setzen Auszubildende an Stelle von Arbeitskräften ein und überfordern sie damit. Diese negative Erfahrung kann dazu führen, dass Auszubildende ihre Ausbildung abbrechen oder nach der Ausbildung nicht in der Pflege arbeiten wollen. Der praktische Teil der Ausbildung muss gut gelingen, und die Auszubildenden müssen in allen Facetten auf die beruflichen Herausforderungen vorbereitet werden. Es muss erreicht werden, dass den Beschäftigten ausreichend Zeit für die Praxisanleitung der Auszubildenden zur Verfügung steht.

Bei der Ausbildung von Pflegekräften spielt die Qualität eine entscheidende Rolle. Die Qualität muss sowohl in der praktischen wie auch in der schulischen Ausbildung gewährleistet werden.

Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter übernehmen eine wichtige Aufgabe, die nicht „nebenbei“ erledigt werden kann. Praxisanleitung muss daher in Bezug auf den zeitlichen Aufwand in Form von Freistellungen berücksichtigt werden, ansonsten ist es schwer, Pflegekräfte für die Praxisanleitung zu gewinnen, die diese dann auch motiviert ausführen. Gute Praxisanleitung kostet Arbeitszeit, das muss bei der Aufstellung von Dienstplänen und bei der Erfüllung von Personalschlüsseln mitgedacht werden. Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter müssen Anerkennung für ihren Einsatz erfahren.

Ausbildung und Qualifikation der Lehrkräfte in Theorie und Praxis muss eindeutig festgelegt sein. Die Enquetekommission sieht es daher als notwendig an, klare Vorgaben dazu zu machen, wer in welchen Ausbildungssettings unterrichten darf. Ziel ist es, Qualitätsanforderungen für Lehrkräfte entlang deren Einsatzbereichen zu definieren. Dies gilt nicht nur für die fachschulische Ausbildung, sondern auch für die Weiterbildungen.

Bei der Förderung von Schulen für die pflegerische Ausbildung darf deren Trägerschaft keine Rolle spielen. Jede qualitativ bewährte Möglichkeit muss gleichwertig und auskömmlich gefördert werden unabhängig davon, wer als Träger auftritt. Schulen in privater Trägerschaft dürfen deshalb in finanzieller Hinsicht nicht benachteiligt werden.

Handlungsempfehlungen

Damit Organisation und Finanzierung der Praxisanleitung der Auszubildenden in der Pflege besser gelingen, gibt die Enquetekommission die nachstehenden Handlungsempfehlungen ab:

- a) Es sind Regelungen zu den Rahmenbedingungen von Praxisanleitung zu treffen in Bezug auf den Umfang der Anleitung je Auszubildender oder Auszubildendem. Dabei sind die Zahl der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter, deren Freistellung und eine entsprechende Berücksichtigung beim Personalbedarf zu regeln.
- b) Die Enquetekommission empfiehlt dem Bund und den Rahmenvertragspartnern, das Verhältnis von Auszubildenden in einem Betrieb zu betrieblichen Stellenanteilen für die Praxisanleitung verbindlich festzulegen.
- c) Der Bund soll dafür Sorge tragen, dass den ausbildenden Einrichtungen die Kosten für die Praxisanleitung refinanziert werden.
- d) Die Enquetekommission regt an, Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter im Stellenschlüssel zu berücksichtigen und diese für ihre Arbeit in angemessener Weise freizustellen sowie die zur Anleitung von Auszubildenden Freigestellten in den Personalschlüsseln zu berücksichtigen.
- e) Die Rahmenvertragspartner im Bereich des SGB XI sollen Praxisanleitung im Personalschlüssel berücksichtigen.
- f) Die Enquetekommission empfiehlt, bei der Errechnung der Fachkraftquote die Praxisanleiter vollumfänglich zu berücksichtigen.
- g) Die Einrichtungen sollen Praxisanleitung in den Dienstplan aufnehmen.
- h) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, eine Studie zur Qualifikation der Praxisanleiter in Auftrag zu geben.
- i) Einrichtungen und Träger sollen ein verbindliches Curriculum für die praktische Ausbildung anwenden.

- j) Die Enquetekommission empfiehlt, dass Qualitätsanforderungen an die Lehrkräfte zur Sicherstellung der Qualität der jeweiligen beruflichen Tätigkeit erarbeitet werden.
- k) Die Enquetekommission empfiehlt, die Pflegeausbildung kostendeckend und gerecht auszugestalten, also auch Pflegeschulen in privater Trägerschaft zu 100 Prozent zu finanzieren. Die bisher getrennte Finanzierung über das Kultusministerium sowie das Sozialministerium und die BWKG soll unter Einbeziehung der bisher Beteiligten zu einer transparenten, einheitlichen Fondslösung zusammengeführt werden.

3.6.5 Aufstiegsmöglichkeiten und Karrierewege

Herausforderungen

Lebenslanges Lernen gewinnt in der Pflege vor dem Hintergrund neuer Versorgungssituationen und neuer Bedarfe zunehmend an Bedeutung. Es bedarf dazu differenzierter Qualifizierungsoptionen. Gute Fortbildungsmöglichkeiten und Karrierechancen steigern die Attraktivität des Berufsbildes Pflege insgesamt, fördern den Verbleib im Beruf und die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Pflege soll mehr Perspektiven bieten.

Die Enquetekommission spricht sich für ein klar gestuftes System von Assistenzberufen, fachschulischer Ausbildung, akademischer Ausbildung und Weiterbildungsmöglichkeiten aus. Die Durchlässigkeit muss sowohl in horizontaler sowie in vertikaler Richtung gegeben sein. Das fördert die berufliche Mobilität. Pflege muss sich für neue Aufgabenfelder öffnen, beispielsweise durch die Stärkung aufsuchender Angebote in den Bereichen Prävention, Beratung, Anleitung und Schulung. Ebenso muss klar nachvollziehbar sein, welche Kompetenzen auf welcher Stufe benötigt werden.

Innerhalb des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) ist eine Aufwertung der Pflegeberufe von der aktuellen Eingruppierung in Stufe 4 in höhere Qualifikationsstufen zu prüfen. Die Enquetekommission betrachtet die aktuelle Eingruppierung des Kompetenzniveaus in den Pflegeberufen als ein falsches Signal für die Gesellschaft und in die Berufsgruppe.

Karrierewege müssen deutlicher aufgezeichnet werden, in Anlehnung an andere Professionen, in denen Aufstieg in der Lehre, der Berufspraxis oder der Wissenschaft möglich ist. In der Pflege ist der Aufstieg meistens mit der Übernahme von Management- oder Leitungsfunktionen verbunden. In diesem Fall gehen die Fachkräfte jedoch für die unmittelbare Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf verloren. Es muss daher eine Fachkarriere am Bett angeboten werden.

Ziel ist es, dass Pflegekräfte ebenso wie Pflegehilfskräfte verstärkt Aufstiegsmöglichkeiten ergreifen können. Weiterbildungsmöglichkeiten sollen noch bekannter gemacht werden.

Rechtliche Rahmenbedingungen, die eine berufliche Weiterentwicklung durch Fortbildung oder Erweiterung der Ausbildung erschweren, sind zu überprüfen und zu beseitigen.

Handlungsempfehlungen

Um die Inanspruchnahme der Fortbildungsangebote und Aufstiegsmöglichkeiten zu verbessern, gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Es soll ein qualifiziertes und modulares Fort- und Weiterbildungsangebot erarbeitet und angeboten werden.
- b) Die Enquetekommission setzt sich für quantitativ und qualitativ den Erfordernissen angepasste berufliche und akademische Ausbildungen sowie Weiterbildungsmöglichkeiten mit transparenten Aufstiegsperspektiven ein.

- c) Die Enquetekommission regt eine Diskussion darüber an, ob es eine pflegerische Fortbildungspflicht geben sollte, die gesetzlich verankert ist.
- d) Es soll ein gestuftes Qualifikationskonzept oder ein Grade Mix eingeführt werden, um einen angemessenen Einsatz der verschiedenen Kompetenzprofile für eine qualitativ gute Pflege zu ermöglichen.
- e) Informationen über Weiterbildungsmöglichkeiten und Anbieter sind nach und beim Abschluss der Ausbildungsprüfungen von den Prüfungsgremien an jede Fachkraft weiterzugeben. Ebenso sollen Pflegedienstleitungen und Betriebsräte auf Weiterbildungsmöglichkeiten hinweisen.
- f) Es sollen Informationen über die beruflichen und akademischen Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegekräfte in einer Datenbank zusammengestellt werden. Wichtig ist dabei eine aktuelle Angebotsliste, um weitergehende Informationen und eine möglichst große Gesamtübersicht zu erhalten. Das Homepage-Angebot (z. B. auf der Homepage von „Vom Fach für Menschen“) soll fortgeführt und ausgeweitet werden.
- g) Es muss eine Fachkarriere angeboten werden, dazu gehören auch Lehrgänge und Studienmöglichkeiten auf Bachelor- und Masterniveau, jeweils in berufsbegleitender Ausgestaltung, verbunden mit beruflichen Perspektiven.
- h) Die Enquetekommission regt an, Aufstiegsmöglichkeiten in der Berufspraxis zu stärken. Fachbezogene Weiterbildungen wie Psychiatrie, Onkologie oder ähnliche müssen eine Möglichkeit zum Aufstieg bieten, auch in finanzieller Hinsicht.
- i) Höherqualifizierung muss sich auch im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) widerspiegeln. Daher soll die Aufwertung der Pflegeberufe durch eine höhere Eingruppierung innerhalb der Qualifikationsstufen des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) geprüft werden.
- j) Die Enquetekommission empfiehlt, die landesrechtlichen Regelungen zur Durchlässigkeit in der Pflegeausbildung weiterzuentwickeln: Vom Betreuungsassistenten über Alltagsbetreuer über den Pflegehelfer bis zur dreijährig ausgebildeten Pflegefachkraft.

3.6.6 Weiterbildung

Sachstand

Staatlich anerkannte Anbieter für Weiterbildung gibt es in Baden-Württemberg für die Bereiche Altenpflege, Heilerziehungspflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege.

Für Bereiche wie Kranken- und Altenpflege erlässt das Sozialministerium Weiterbildungsverordnungen (z. B. Intensivpflege, Onkologie, Rehabilitation oder Gerontopsychiatrie).

Examierte Absolventinnen und Absolventen der Berufe in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Physiotherapie sowie Hebammen mit Berufserfahrung können entsprechend ihrem Berufsabschluss ein Fachhochschul- oder Hochschulstudium absolvieren:

- Universität Heidelberg:
 - o Studiengang Pflegewissenschaft/Gerontologische Pflege
(der Studiengang ist nicht zulassungsbeschränkt)

- Katholische Hochschule Freiburg:
 - o Heilpädagogik
 - o Management im Gesundheitswesen
 - o Berufspädagogik im Gesundheitswesen
 - o Pflege
 - o Physiotherapie
 - o Masterstudiengang Heilpädagogik
- Hochschule Esslingen:
 - o Pflegepädagogik
 - o Pflege/Pflegemanagement
 - o Pflegewissenschaft
- Hochschule Ravensburg-Weingarten:
 - o Pflegepädagogik

Herausforderungen

Die nicht staatlich anerkannten Weiterbildungen sind zu unübersichtlich. Sie sind sowohl in der Quantität wie auch in der Qualität nur schwer zu erfassen. Eine bessere Übersichtlichkeit könnte den Zugang erleichtert und gezielter stattfinden lassen.

Es soll geprüft werden, ob einheitliche Vorgaben auf Bundesebene für die Weiterbildung ziel führend sind.

Die Enquetekommission sieht es als bedeutsam an, die Weiterbildungsmöglichkeiten in den unterschiedlichen Sektoren und Beschäftigungsfeldern der Pflege noch bekannter zu machen, damit sie von den Pflegenden besser wahrgenommen werden.

Bestehende Hürden für die Weiterbildung müssen abgebaut werden. Künftig sollen auch Altenpflegerinnen und Altenpfleger fachbezogene Weiterbildungen absolvieren können, bislang ist die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung Voraussetzung dafür.

Aufgrund der zunehmenden Multimorbidität und veränderter Pflegebedarfe benötigen Pflegenden spezifischeres Wissen, um den an sie gestellten Anforderungen gerecht werden zu können. Der Umgang mit Demenz oder mit palliativen Aspekten nimmt immer mehr an Bedeutung zu, dies muss durch den Erwerb gezielter Fachkenntnisse flankiert werden. So sollten Fachkräfte beispielsweise durch das Durchlaufen einer geriatrischen Weiterbildung zur Arbeit in Pflegeheimen befähigt werden.

Ein Weiterbildungsweg für Menschen mit einer fachpflegerischen Ausbildung ist das Studium mit dem Ziel des Bachelorabschlusses. Es sollte neben dem Bachelorabschluss jedoch weitere Qualifizierungswege wie beispielsweise Fachweiterbildungen geben.

Handlungsempfehlungen

- a) Die bestehenden Weiterbildungsangebote müssen gebündelt und bewertet werden. Sie müssen den Ausbildungsbetrieben sowie den Berufsfachschulen zugänglich gemacht werden. Die Pflegedienstleitungen sollen die Weiterbildungsangebote an die Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte weiterleiten.
- b) Es ist zu prüfen, ob die Einrichtung einer Kommission auf Bundesebene, die eine bundeseinheitliche Weiterbildungsverordnung erarbeitet, eine umsetzbare Möglichkeit wäre, mehr Übersichtlichkeit in der Weiterbildung zu erreichen.

- c) Die Enquetekommission empfiehlt, die Regelungen der wichtigsten Weiterbildungsmöglichkeiten wie bisher im Landespflegegesetz beizubehalten und Übersichten von Weiterbildungsangeboten zu veröffentlichen.
- d) Die Enquetekommission empfiehlt, geeignete Altenpflegerinnen und Altenpfleger mit entsprechender Berufserfahrung zu fachlichen Weiterbildungen zuzulassen. Durch die Einführung der Generalistik entfällt die Problematik für künftige Absolventinnen und Absolventen, für die jetzigen Altenpflegerinnen und Altenpfleger soll diese Möglichkeit jedoch geschaffen werden.
- e) Die Enquetekommission regt an, dass die (Alten-)Pflegeschulen Curricula für geriatrische Weiterbildungen von Fachkräften entwickeln und Kurse dazu anbieten.
- f) Die Enquetekommission sieht in der Weiterbildung auf Bachelor-Niveau einen wichtigen Baustein der Professionalisierung. Es soll im Pflegeberuf darüber hinaus zusätzliche, vor allem auch berufsbegleitende Weiterbildungswege geben.

3.6.7 Akademisierung der Pflegeberufe

Sachstand

Aktueller Akademisierungsgrad in Baden-Württemberg

Der Wissenschaftsrat geht in seinen „Empfehlungen zu den hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ davon aus, dass die Akademisierungsquote das Verhältnis von akademisch qualifizierten zu allen Auszubildenden eines Jahrgangs bezeichnet. Werden die Studienanfänger im 1. Fachsemester des Studienjahres 2013 im Studienfach „Pflegewissenschaft/-management“ (153) ins Verhältnis zur Zahl der Ausbildungsanfänger des Schuljahres 2013/2014 in „Altenpflege“, „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ und „Gesundheits- und Krankenpflege“ (6.363, ohne Helferberufe) gesetzt, so ergibt sich eine Akademisierungsquote von 2,4 Prozent.

Eine alternative Bestimmung des Akademisierungsgrades kann auf Basis der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit erfolgen. Dabei wird die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, die einen akademischen Berufsabschluss aufweisen, ins Verhältnis mit der Gesamtzahl der Beschäftigten gesetzt. Für Baden-Württemberg ergibt sich so zum Stichtag 30. Juni 2014 in der Pflege eine Akademisierungsquote von 3,6 Prozent, im Vorjahr lag sie bei 3,3 Prozent. Bei dieser Berechnung wurden die Berufsgruppen der Heilerziehungspflege und der Haus- und Familienpflege einbezogen.

Herausforderungen

Um die internationale Anschlussfähigkeit zu garantieren und die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern, ist eine Teil-Akademisierung der Pflegeberufe zu verwirklichen.

Eine Quote von 10 bis 20 Prozent, wie vom Wissenschaftsrat empfohlen, wird angestrebt. Akademisch ausgebildete Pflegekräfte werden benötigt, um auf die sich verändernden Bedarfe und neue Herausforderungen wie multimorbide, chronisch kranke und demente Menschen mit Pflegebedarf reagieren zu können. Dazu werden Fähigkeiten wie wissenschaftliche Reflexion, Evidenzprüfung und Anpassung des professionellen Handelns benötigt. Darüber hinaus müssen Entwicklungsperspektiven für die Absolventinnen und Absolventen der Bachelorstudiengänge geschaffen werden.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Bereiche Medizin, Pflege und Therapie muss verbessert werden. Anstelle der (traditionellen) Trennung von Medizin, Pflege und Therapie muss eine integrierte und vernetzte Versorgung treten.

Handlungsempfehlungen

Zur Akademisierung der Pflegeberufe gibt die Enquetekommission nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Es soll eine Akademisierung mit Augenmaß auf der Basis der Empfehlungen des Wissenschaftsrates stattfinden.
- b) Die Enquetekommission empfiehlt das Fortführen und den Ausbau der Initiative des Ministeriums für Wissenschaft und Kunst zum Ausbau der Akademisierung bei weiterer Finanzierung aus den Mitteln des Ausbauprogramms „Hochschule 2012“ und des „Hochschulpaktes 2020“. In einem ersten Schritt sollen die Studienplätze in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Physiotherapie und im Hebammenwesen ausgebaut werden. In einem zweiten Schritt können dann weitere Therapieberufe wie Ergo- und Logotherapie berücksichtigt werden. Ebenso sollen Masterstudiengänge für spezielle Arbeitsgebiete, z. B. Psychiatrische Pflege/Mental Health, Intensivpflege eingerichtet werden.
- c) Hinsichtlich der Qualität der Ausbildung empfiehlt die Enquetekommission, dass interprofessionelles Lernen und Zusammenarbeiten in der Ausbildung gefördert wird. Daher plädiert sie für eine enge Kooperation mit medizinischen Fakultäten. Die Studiengänge sollen den Studierenden weitreichende Kompetenzen vermitteln, wie z. B. die Analyse komplexer Sachverhalte, eine differenzierte pflegerische und therapeutische Diagnostik, problemlösungsorientiertes Handeln und die Anwendung wissenschaftlicher Konzepte. Insgesamt soll die interprofessionelle Kooperationsfähigkeit verbessert und ein Fokus auf Prozesssteuerung gelegt werden. Konkrete Möglichkeiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit sind z. B. Skills Labs oder gemeinsame Lehrveranstaltungen.
- d) Die Enquetekommission empfiehlt, primär qualifizierende Bachelorstudiengänge für die Pflegeausbildung einzurichten, so dass etwa 10 Prozent der Ausbildungskapazitäten in den Pflegeberufen Baden-Württembergs auf Hochschulniveau angesiedelt sind. Dabei ist auch der Aspekt „Psychiatrische Pflege“ mit einem eigenen Schwerpunkt zu berücksichtigen.
- e) Für akademische Abschlüsse, die vom inhaltlichen und praktischen Teil der Pflegeausbildung mit Pflegeexamen vergleichbar sind, sollen Land und Bund dafür Sorge tragen, dass die Gleichstellung bei der Fachkraftquote und die Anerkennung als Pflegefachkraft erfolgt.

Ausgestaltung der akademischen Strukturen

In der Landtagsdrucksache 15/6306 sind die im Studienjahr 2014/2015 in Baden-Württemberg eingerichteten Studiengänge in den Bereichen Pflege, Therapie und Hebammenwesen detailliert aufgelistet.

Zum Wintersemester 2015/16 kommen 145 zusätzliche Studienplätze in den Gesundheitsfachberufen hinzu. Das Land fördert erstmals in einer eigenen Ausschreibung die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe. In einem ersten Schritt wird der Ausbau von Kapazitäten in den Bereichen Pflege und Physiotherapie der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) an den Standorten Stuttgart und Karlsruhe, der SRH Hochschule Heidelberg und der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg finanziert. Interessierte haben damit mehr Möglichkeiten, sich in diesen Berufen wissenschaftlich zu qualifizieren.

Mit dem Landesförderprogramm werden vier bereits etablierte Studiengänge zum Wintersemester 2015/16 ausgebaut: Bachelor „Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege“ der

DHBW an den Standorten Stuttgart (+30) und Karlsruhe (+60), Bachelor „Pflege“ der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg (+35) sowie Bachelor „Physiotherapie“ an der SRH Hochschule Heidelberg (+20). Die Studiengänge wurden qualitätsgesichert ausgewählt. Mit den zusätzlichen Studienplätzen wird damit auf die starke Nachfrage reagiert. Bislang standen in Baden-Württemberg im Bachelorbereich rund 485 Studienplätze in der Pflege und 65 Studienplätze in der Physiotherapie zur Verfügung – die Kapazitäten erhöhen sich mit den neuen Plätzen somit um gut 30 Prozent.

Herausforderungen

Damit die Akademisierung gelingt, ist ein besonderes Augenmerk auf die Sicherstellung der Qualität in der hochschulischen Ausbildung zu richten.

Es muss geklärt werden, wie die staatliche Abschlussprüfung sinnvoll in das Studium integriert wird, so dass sie auch Bologna-konform ist.

Neben der inhaltlichen Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsberufe muss die strukturelle Weiterentwicklung beachtet werden. Hochschulen müssen sich entscheiden, ob sie dual oder primärqualifizierend ausbilden und ob sie zwei oder drei Lernorte haben.

Der Ausbau von Studienplätzen muss bedarfsgerecht erfolgen. Daher sind die künftigen Arbeitgeber in die Überlegungen einzubeziehen. Es soll eine dezentrale Studienlandschaft entstehen.

Handlungsempfehlungen

Für die Umsetzung der Akademisierung sind aus Sicht der Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen zu beachten:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt eine kritische Auseinandersetzung mit allen Modellen der strukturellen Weiterentwicklung, vor allem mit Blick darauf, dass hochschulische Standards erreicht und eingehalten werden.
- b) Die Enquetekommission empfiehlt, vor der Akkreditierung von neuen Studiengängen, die in Kooperation mit Pflegeschulen und Hochschulen stattfinden, darauf zu achten, dass die Qualifikation der Lehrkräfte für jedes Modul definiert ist.
- c) Um Praxisorientierung zu gewährleisten, sollen Curricula im Zusammenspiel mit Arbeitgebern entwickelt werden. Fachschulen und Hochschulen sollen gemeinsame Curricula entwickeln. Das Studium ist praxisorientiert auszurichten.
- d) Die Enquetekommission rät zu einer begleitenden Evaluation der neuen Studiengänge.
- e) Die Enquetekommission empfiehlt die Fortentwicklung und Erweiterung der in der Fläche bestehenden Angebote.

Für eine Akademisierung mit dem Ziel der Fachkarriere werden folgende Handlungsempfehlungen abgegeben:

- a) Land und Bund sollen Modelle für den Einsatz von akademisierten Pflegekräften in der direkten Pflege entwickeln.
- b) Die Einrichtungen sollen hierzu Modellprojekte durchführen.
- c) Der Bund soll die berufsrechtliche Ermöglichung solcher Modellprojekte gewährleisten und Erprobungsmodelle leistungsrechtlich ermöglichen.

3.6.8 Pflegewissenschaft und Pflegeforschung

Herausforderungen

In Baden-Württemberg wurde in den letzten Jahren der Bereich der Pflegewissenschaft ausgebaut. Zahlreiche Akteure drängen darauf, Pflegewissenschaft an Universitäten und Hochschulen für angewandte Wissenschaften als Kerndisziplin zu beheimaten. Damit könnte auch die Forschung im Bereich der Pflege besser unterstützt werden und systematische Pflegeforschungsprogramme in Deutschland gestärkt werden.

Die Lebenssituation von Menschen mit Pflegebedarf ist hochkomplex. Das Wissen um Erkrankungen und pflegerische Hilfemöglichkeiten muss deshalb entsprechend tief und weitreichend sein. International verfügt die Pflegewissenschaft bereits über einen beachtlichen und gut beforschten Wissenskörper. In Deutschland herrscht das Problem, dass Wissen aus der Forschung nicht adäquat an die Betten gelangt. Die Pflegenden sind zur Zeit oftmals nicht in der Lage, Zugang zu diesem Wissen zu finden, es umzusetzen und in ihrer unmittelbaren Pflegetätigkeit anzuwenden. Pflegeforschung muss ausgebaut und zu den Menschen mit Pflegebedarf gebracht werden. Neben dem Erwerb konkreter Kompetenzen soll der Ausbau universitärer Studiengänge vor allem die Forschung und Weiterentwicklung der Wissenschaft in den einzelnen Feldern anregen.

Die vorhandenen akademischen Angebote im Bereich der Pflege betreffen vor allem die Bereiche Management und Pädagogik. Aus Sicht der Enquetekommission muss es das Ziel sein, die Akademisierung der Pflegewissenschaft mit der Zielrichtung einer direkten Tätigkeit am Menschen zu stärken. Die Vernetzung der Pflegewissenschaften mit anderen Gesundheitswissenschaften ist anzustreben, um Synergieeffekte zu erzielen.

Handlungsempfehlungen

Zur Stärkung der Pflegewissenschaft und der Pflegeforschung gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Es soll geprüft werden, ob und in welchem Maße die Pflegewissenschaft an weiteren Hochschulen durch Schaffung neuer Lehrstühle ausgebaut werden muss und wie die Stärkung von Pflegeforschungsprogrammen erreicht werden kann.
- b) Es ist zu prüfen, ob eine curriculare Vereinheitlichung der vielfältigen Studiengänge im Bereich der Pflege sinnvoll ist.
- c) Die wissenschaftliche Evaluierung von pflegepolitischen Maßnahmen ist zu verstärken.
- d) Das Land soll Kooperationen beispielsweise zwischen Medizinischen Fakultäten und Pflege-Fakultäten fördern.
- e) Die Enquetekommission befürwortet einen stärkeren Fokus auf den Theorie-Praxis-Transfer, damit das Wissen aus der Forschung adäquat für die Pflegepraxis und die Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf nutzbar gemacht und somit das Theorie-Praxis-Gefälle minimiert wird.
- f) Die Enquetekommission regt den Auf- und Ausbau eigenständiger Forschung auch in Abgrenzung zu anderen Disziplinen an.
- g) Zur Ermöglichung akademischer Karrieren in der Pflege sind zusätzliche Master-Studiengänge einzurichten und Promotionen im Bereich der Pflege zu ermöglichen.

3.6.9 Handlungsautonomie

Sachstand

Nach § 63 Absatz 3c SGB V können in Modellvorhaben bislang ausschließlich Ärztinnen und Ärzten vorbehaltene Tätigkeiten auf ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflege- sowie Altenpflegekräfte übertragen werden.

Hierzu ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V vom 20. Oktober 2011 ergangen. In Teil B dieser Richtlinie sind die an Pflegekräfte übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten abschließend aufgelistet; dabei handelt es sich um ärztliche Tätigkeiten bei folgenden Diagnosen: Diabetes mellitus, chronische Wunden, Demenz (ausgenommen die Palliativversorgung), Verdacht auf Hypertonus (außerhalb von Schwangerschaften), sowie um weitere einzeln aufgeführte Tätigkeiten (Teil B Nr. 2 der Richtlinie).

Nach § 63 Abs. 3b SGB V können Modellvorhaben u. a. vorsehen, dass Angehörige der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie die inhaltliche Ausgestaltung, einschließlich der Dauer, der häuslichen Krankenpflege vornehmen, soweit jene auf Grund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um eine selbständige Ausübung von Heilkunde handelt. Eine entsprechende Richtlinie hierzu ist bisher nicht ergangen.

Herausforderungen

Eine Handlungsautonomieerweiterung ist für die akademisierte Pflege, in Anbetracht der neu gewonnenen akademischen Kompetenzen, unumgänglich. Dies wird Auswirkungen auf die bestehenden Vorbehaltsaufgaben bei der Heilbehandlung haben müssen. Im Handlungsbe- reich des SGB V ist die ärztliche Gesamtverantwortung für die Krankenbehandlung festge- schrieben, was bei der Bestimmung von Verantwortungsbereichen zwangsläufig zu Konflik- ten in multiprofessionellen Teams führt.

Die Handlungsautonomieerweiterung soll zu sich ergänzenden Systemen mit möglichen Sy-nergieeffekten führen. Den Pflegenden würde so eine ernst zu nehmende Wertschätzung ihrer Kompetenzen deutlich gemacht.

In der sogenannten Heilkundeübertragung sieht die Enquetekommission einen Baustein, um die medizinische Versorgung flächendeckend in allen Formen der Pflege zu gewährleisten.

Handlungsempfehlungen

- a) Die Enquetekommission setzt sich für eine Neuordnung der Aufgabenverteilung bzw. Verantwortungsstrukturen für die Gesundheitsberufe ein. Dazu ist eine Reform not- wendig, die die Vorbehaltsaufgaben bei der Heilbehandlung neu definiert.
- b) Die Enquetekommission empfiehlt eine zeitnahe Auswertung der nach der Heilkunde- übertragungsrichtlinie (§ 63 Abs. 3c SGB V) durchgeführten Modellvorhaben.
- c) Eine Aufgabenumverteilung muss sich im Budget der Leistungserbringer widerspie- geln.
- d) Die Enquetekommission regt an, dass der Bund die Heilkundeübertragung auch für andere Berufsgruppen innerhalb der Gesundheitsberufe ermöglicht.

Minderheitenvoten zu Kapitel 3.6 „Aus- und Weiterbildung“

Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Generalistische Ausbildung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.6.2 „Ausbildungsbedingungen“

Die generalistische Ausbildung führt nicht nur die Pflege in den verschiedenen Altersstufen (Kinderkranken-, Kranken- und Altenpflege) zusammen, sie ist darüber hinaus auch noch institutionsübergreifend angelegt: Praxiseinsätze in der Akut- und Langzeitpflege, in stationären und ambulanten Einrichtungen, in Einrichtungen nach SGB V und SGB XI sind gefordert. Das überfordert einerseits die Schulen, vor allem im ländlichen Raum, weil sie nicht genügend Kooperationspartner finden können. Nicht zuletzt droht deshalb ein Engpass in praktischen Ausbildungsbereichen, wie etwa im Bereich der Kinderkliniken. Es schreckt andererseits potentielle Bewerber ab, die weite Entfernungen zwischen Schulort und den verschiedenen Praxisorten bewältigen müssen. Auch trägt die generalistische Ausbildung dem Wunsch der potentieller Bewerber nicht Rechnung, die sich gezielt für eine bestimmte Fachrichtung oder Pflegeeinrichtung zu qualifizieren. Die generalistische Ausbildung sollte daher die bisherigen Ausbildung eher ergänzen statt ablösen.

Handlungsempfehlungen

Die Landesregierung wird aufgefordert, dafür Rechnung zu tragen, dass keine Ausbildungskapazitäten verloren gehen, und das bei der Weiterentwicklung der Pflegeausbildung Spielräume für verbindliche fachspezifische Ausrichtungen vorhanden sind, die den individuellen Interessen und den Rahmenbedingungen insbesondere im Ländlichen Raum gerecht werden.

Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Pflegeausbildung im Regelbildungssystem“ zu den Handlungsempfehlungen 3.6.3 „Ausbildungsinhalte“

Auch die Enquetekommission empfiehlt, die Pflegeausbildung an das gängige duale Ausbildungssystem anzupassen. Die Zuständigkeiten bei den Ministerien könnten dadurch besser gebündelt werden. Zur Absicherung der Ausbildungsinhalte und –methoden sowie zur Verbesserung von Fördermöglichkeiten in der Ausbildung (z. B. für Sprachkurse) fordern wir weitergehend, die Pflegeausbildung komplett in das duale Ausbildungssystem zu übernehmen.

Handlungsempfehlungen

Die Landesregierung wird aufgefordert, einen Vorschlag zur Überführung der Pflegeausbildung in das reguläre duale Ausbildungssystem vorzulegen. Dieser Vorschlag soll die inhaltlichen Eckpunkte, die praktische Ausgestaltung (beispielsweise im Hinblick auf Berufsschulkapazitäten), die Konsequenzen für die momentanen Ausbildungsträger und die Kostenfolgen für die Ausbildungsträger umfassen.

Ergänzendes Minderheitenvotum der Fraktion der FDP/DVP „Akademisierung“ zu den Handlungsempfehlungen 3.6.7 „Akademisierung der Pflegeberufe“

Nach Auffassung der FDP/DVP-Fraktion muss eine ausreichende Zahl geeigneter Menschen für den Pflegeberuf gewonnen werden. Dies umfasst vor allem die praktische Seite im Bereich der unmittelbaren Pflege. Die Festlegung einer starren Akademisierungsquote halten wir nicht für sinnvoll, denn dem Prozess der Akademisierung muss ein entsprechender Prozess der Entwicklung von Berufsfeldern gegenüberstehen. Ansonsten stellt sich die Akademisierung als Selbstzweck dar.

Handlungsempfehlungen

Die Vielfalt der Ausbildungsgänge muss im Sinne einer adäquaten Gewinnung von Pflegekräften sichergestellt werden. Starre Quoten im Bereich der Akademisierung sind aus unserer Sicht nicht sinnvoll, denn der Akademisierung muss ein entsprechend weiterentwickeltes Berufsbild gegenüberstehen. Dieser an konkreten Möglichkeiten orientierter Weiterentwicklungsprozess wird ebenso wie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in akademischem Rahmen begrüßt. Deshalb wird der Landesregierung davon abgeraten, sich an starren Ausbildungsquoten zu orientieren.

3.7 Bürokratie, Dokumentation und Qualitätssicherung

3.7.1 Strukturmodell zur Entbürokratisierung

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2013 entstehen den Pflegeeinrichtungen und den Pflegediensten durch den Erfüllungsaufwand für die Pflegedokumentation jährliche Kosten in Höhe von 2,7 Mrd. Euro. Dieser Betrag entspricht 14 Prozent der Ausgaben der Pflegeversicherung oder 67.500 Vollzeitstellen bundesweit. Pflegefachkräfte aus dem ambulanten wie aus dem stationären Bereich wenden nach den Erkenntnissen des Statistischen Bundesamtes ca. 13 Prozent ihrer Arbeitszeit pro Schicht für die Pflegedokumentation auf. Darüber hinaus gibt es Befragungen aus der Pflegepraxis, in denen der Aufwand für die Pflegedokumentation von den Pflegenden selbst sogar mit 20 bis 30 Prozent der täglichen Arbeitszeit angegeben wird, da oft zusätzliche Erhebungen für Qualitätsmanagement oder trägerinterne Vorgaben notwendig sind. Zu dieser Einschätzung gelangte auch die Saarländische Pflegegesellschaft bei einer Umfrage im Jahr 2009.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit ein Projekt zum Bürokratieabbau in der Pflege unterstützt, welches unter dem Fokus der Praxistauglichkeit unterschiedliche Vorschläge zur Verschlankeung der Pflegedokumentation untersucht hat. Daraus entstand auf der Grundlage von Beratungen mit Expertinnen und Experten aus Fachpraxis und Fachwissenschaft unter Einbeziehung der Prüfinstanzen auf Bundes- und Landesebene sowie mit fachjuristischer Begleitung das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation.

Die im Strukturmodell empfohlene Pflegedokumentation baut auf einem Pflegeprozess mit vier Elementen – wie im WHO-Modell – auf und bedient sich der neu entwickelten „Strukturierten Informationssammlung“ (SIS) auf der Grundlage von fünf wissenschaftsbasierten Themenfeldern. Die SIS wird im Rahmen des Erstgesprächs eingesetzt und greift die individuellen Einschätzungen und Wünsche der Menschen mit Pflegebedarf auf. Dieser Blickwinkel wird anschließend mit der pflegefachwissenschaftlichen Perspektive verschränkt.

Das Strukturmodell wurde in rund 60 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen erprobt und für praxistauglich befunden. Durch das Strukturmodell kann der Dokumentationsaufwand erheblich reduziert werden, ohne fachliche Standards zu vernachlässigen, die Qualität zu gefährden oder haftungsrechtliche Risiken aufzuwerfen.

Seit Anfang 2015 läuft das Projekt Ein-STEP zur bundesweiten Einführung des Strukturmodells.⁶¹ Gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Kosten- und Einrichtungsträger, Betroffenen- und Berufsverbänden, kommunalen Spitzenverbänden und den Ländern soll das neue Modell in die Fläche gebracht werden. Ein Projektbüro ist für die zentrale Koordination der bundesweit angelegten Aktivitäten verantwortlich. Es unterstützt die Einrichtungen beim Übergang zur neuen Pflegedokumentation und stellt die erforderlichen Schulungsmaterialien für eine qualitätsgesicherte Einführung des Strukturmodells zur Verfügung. Über 650 ausgebildete Multiplikatoren tragen ihr Wissen über das Strukturmodell in die Verbände, bieten Schulungen für Pflegeeinrichtungen an und stehen den Einrichtungen vor Ort als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bei der Umsetzung des Strukturmodells zur Verfügung.

Herausforderungen

Die Dokumentation im Pflegebereich ist überbordend geworden; sie folgt keinem professionellen Handlungsmodus. Sie orientiert sich stark an externen Prüfungsvorgaben, trägerinternen Qualitätssicherungsvorgaben und überzogenen Haftungsängsten. Es ist dringend auf die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation hinzuwirken, und es sind geeignete Maßnahmen zu treffen, um den Dokumentationsaufwand auf ein fachlich sinnvolles Maß zu beschränken.

⁶¹ Weitere Informationen finden sich auf der Internetseite des Projekts unter www.ein-step.de.

Der bestehende hohe bürokratische Aufwand führt dazu, dass weniger Zeit für die direkte Pflege und Betreuung der Menschen mit Pflegebedarf bleibt. Die Pflegedokumentation hat unmittelbaren Einfluss auf die Arbeitsbedingungen, die Arbeitsmotivation und die Arbeitszeit der Pflegenden. Es muss daher gelingen, die Pflegedokumentation auf das fachlich und rechtlich notwendige Maß zu begrenzen, um dadurch mehr zeitliche Ressourcen für die direkte Pflege und Betreuung zu schaffen. Gleichzeitig muss die Pflegedokumentation ausreichend Informationen für die bewohnerorientierte Pflege, die interne Kommunikation, die Qualitätssicherung und die Transparenz in Richtung Verbraucher beinhalten.

Das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation führt nachweislich zu einer Entlastung und einer damit unmittelbar verbundenen Motivationssteigerung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Zudem belastet das neue Strukturmodell die Pflegekräfte nicht zusätzlich in ihrem Berufsalltag, sondern stärkt durch die neue Herangehensweise ihre fachlichen Kompetenzen.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission sieht im Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation ein geeignetes Instrument und gibt dazu nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Enquetekommission spricht sich dafür aus, in möglichst vielen Einrichtungen in Baden-Württemberg schlanke Pflegedokumentationen einzuführen, die sich am Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation orientieren.
- b) Die Enquetekommission regt auf Bundesebene an, die weitere Verstetigung des Projekts zur Einführung des Strukturmodells sicherzustellen.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, sich auf Bundesebene für eine Ausweitung des Strukturmodells auf weitere Bereiche (Tages- und Kurzzeitpflege, Eingliederungshilfe, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen) einzusetzen und ihrerseits Möglichkeiten der Umsetzung im Land zu schaffen.
- d) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, sich bei landesrechtlichen Regelungen und Vorgaben – beispielsweise bei Erlassen für die Heimaufsicht und Regelungen zur Ausbildung – an den Inhalten des Strukturmodells zu orientieren und dessen Umsetzung zu fördern.

3.7.2 Pflegedokumentation

Rechtliche Einordnung zu Art und Umfang einer Pflegedokumentation

Im Praxistest des Strukturmodells der neuen Pflegedokumentation wurden massive Ängste sowohl beim Pflegemanagement als auch bei den Pflegenden wahrgenommen, ob die veränderte Praxis der Pflegedokumentation aus haftungs- und sozialrechtlicher Sicht tragbar sei. In den Abschlussbericht des Praxistests wurde deshalb eine Stellungnahme⁶² der juristischen Expertinnen und Experten, die bereits in der Entwicklungsphase des Strukturmodells beteiligt waren, aufgenommen, um die Zulässigkeit einer schlanken Pflegedokumentation zu verdeutlichen.

Grundsätzlich soll die Pflegedokumentation der individuellen und geplanten Pflege und Betreuung der Menschen mit Pflegebedarf dienen und den Pflegenden als sinnvolles Arbeitsmittel zur Verfügung stehen. Aufgrund des arbeitsteiligen Versorgungsablaufs soll durch die Einsicht in die Pflegedokumentation sichergestellt werden, dass eine angemessene Versorgung erbracht werden kann. Es genügt daher, ausschließlich Maßnahmen zu dokumentieren, die

⁶² Stellungnahme der juristischen Expertengruppe im Abschlussbericht zum Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“

notwendig sind, um über den Verlauf des Betreuungs- und Pflegebedarfs ausreichend zu informieren, und damit anstehende pflegerische wie medizinische Entscheidungen zu untermauern.

Die sozialrechtlichen Vorgaben zielen in Bezug auf die Pflegedokumentation vorwiegend auf die Qualitätssicherung und die Steuerung des Pflegeprozesses ab. § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 SGB XI legt die durch die Qualitätssicherung bestimmten Anforderungen an die Pflegedokumentation fest. Diese soll praxistauglich sein, den Pflegeprozess unterstützen und die Pflegequalität fördern. Außerdem darf sie die Pflegeeinrichtungen nicht über ein vertretbares wirtschaftliches Maß hinaus belasten. Hieraus folgt, dass im stationären Bereich Routinemaßnahmen der Grundpflege, deren Durchführung einmal in einer Leistungsbeschreibung schriftlich niedergelegt sind, nicht als Einzelleistungen zu dokumentieren sind. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die organisatorischen Strukturen und Abläufe durch ein entsprechendes Qualitätsmanagement abgesichert sind. § 114a Abs. 3 Satz 3 bis 5 SGB XI enthält den wichtigen Hinweis, dass für die Beurteilung der Pflegequalität außer der Pflegedokumentation noch andere Erkenntnisquellen heranzuziehen sind. Das sind insbesondere Befragungen der Beschäftigten, der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörigen.

Das Vergütungsrecht der Pflegeversicherung fordert in der ambulanten Pflege Einzelleistungsnachweise, da diese gleichzeitig als Abrechnungsbelege dienen. Trotzdem gilt auch im ambulanten Bereich, dass eine knappe und aussagekräftige Pflegedokumentation ausreichend ist.

Quellen von Dokumentationspflichten

Dokumentationspflichten ergeben sich aus den verschiedensten Ursachen.

Gesetzliche Grundlagen sind beispielsweise § 630 f. des Bürgerlichen Gesetzbuches, in dem die Dokumentation der Behandlung geregelt wird, oder die §§ 112 ff. SGB XI, wo Regelungen zur Pflegequalität festgeschrieben sind. Auch die länderspezifischen Heimgesetze enthalten Vorgaben zur Dokumentation. Ebenso können Dokumentationspflichten als Nebenpflichten aus einem Vertrag entstehen.

Im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement ergibt sich über freiwillige zusätzliche DIN- oder ISO-Zertifizierungen auch weiterer Dokumentationsaufwand. Schließlich sind noch träger- oder einrichtungsinterne Vorgaben zu nennen, die über die Erfassung von Kennzahlen oder Ähnlichem weiteren Dokumentationsbedarf auslösen.

Übergänge zwischen den Sektoren lösen Dokumentation aus

Umfangreiche Dokumentationen müssen insbesondere an den Übergängen zwischen oder innerhalb von Sektoren oder bei der Veränderung des persönlichen Pflegesettings bewältigt werden.

In der Akutpflege gilt es, die Aufnahme, die Behandlung und die Entlassung der Patientinnen und Patienten zu dokumentieren. Dabei gibt es Schnittstellen zur Hausarztpraxis, Pflegeheim, ambulantem Pflegedienst, ambulanter häuslicher Krankenpflege, Rehabilitationseinrichtungen und weiteren Akteuren.

In der Tagespflege wie der Kurzzeitpflege sind ebenfalls Ereignisse wie Aufnahme, Betreuung und Beendigung zu dokumentieren. Als Schnittstellen sind hier Beziehungen zu ambulanter Pflege, Hausarztpraxis, pflegenden Angehörigen und bürgerschaftlich Engagierten zu nennen. Das gilt gleichermaßen für die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung, wobei hier in Bezug auf die tägliche Pflege noch die Schnittstelle zu den Pflegekassen betrachtet werden muss. Ebenfalls können Sonderfälle eintreten; beispielsweise Sturzereignisse in Pflegeheimen, die zusätzliche Dokumentationspflichten auslösen.

Nach Erhebungen im Rahmen des „Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ erfordert der reine Dokumentationsaufwand bei Einzug einer Bewohnerin oder eines Bewohners in die Dauerpflege 386 Minuten nur für das Anlegen der Pflegedokumentation, bei der Kurzzeitpflege sind dies immerhin 196 Minuten.

Herausforderungen

Die Dokumentation in der Pflege dient sowohl einer am aktuellen pflegefachlichen Stand orientierten individuellen Pflege und der Gewährleistung von Qualität als auch der Absicherung bei kritischer Überprüfung. Aktuell sind die geforderten Dokumentationen mit großem Aufwand für das pflegende Personal verbunden. Dokumentationstätigkeiten sind fester Bestandteil des Tagesablaufs in der Pflege. In der aktuellen Ausprägung tragen sie jedoch zur mangelnden Attraktivität der Pflegeberufe bei.

Wichtigstes Ziel ist es, eine qualitativ hochwertige Pflege sicherzustellen. Eine Pflegedokumentation, die fachlich Notwendiges festhält, liefert wichtige Entscheidungsgrundlagen für eine fundierte Pflege. Neben den fachlichen Aspekten muss die Pflegedokumentation aber auch die Informationen bereithalten, welche für die interne und externe Qualitätssicherung benötigt werden. Vor allen in Bezug auf Qualitätsmanagementanforderungen sind die Belange von kleinen Einrichtungen und Initiativen zu berücksichtigen, die ihrerseits eine besondere Qualität der Teilhabe und Pflege sicherstellen, aber vielfältigen Anforderungen an ein Qualitätsmanagement nicht gewachsen sind.

Die Enquetekommission sieht Handlungsbedarf beim Wechsel von Menschen mit Pflegebedarf zwischen oder innerhalb der Sektoren. Dabei gibt es Probleme an den Schnittstellen zu Hausarztpraxis, Pflegeheim, ambulantem Pflegedienst, ambulanter häuslicher Krankenpflege, Rehabilitationseinrichtungen und weiteren Akteuren, die aufgelöst werden müssen. Es sollen geeignete Modelle und passende Schnittstellen entwickelt werden, die eine praktikable Übergabe der notwendigen Informationen ermöglichen. Auf die Wahrung des Datenschutzes ist ein besonderes Augenmerk zu legen. Die Mehrfacherfassung von Daten soll auf ein Mindestmaß reduziert und die Betroffenen sollen von zusätzlichen Untersuchungen und Befragungen entlastet werden.

Neue technische Möglichkeiten zur erleichterten Dokumentation müssen offensiv genutzt und in den Pflegealltag integriert werden. Den Pflegenden ist ein Instrumentarium an die Hand zu geben, welches es ermöglicht, ihre Dokumentationspflichten möglichst effektiv, mit geringem Zeitaufwand und in guter Qualität zu erfüllen.

Aus Sicht der Enquetekommission sollten lediglich Sachverhalte dokumentiert werden, die tatsächlich erforderlich sind und aus denen ein Nutzen gezogen werden kann. Dies ist auf Bundes- wie auf Landesebene zu prüfen. Auch die Träger sollten eigene interne Vorgaben in diesem Sinne überdenken.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission gibt zur effizienteren Ausgestaltung der Pflegedokumentation nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Enquetekommission fordert die Landesregierung auf, sich weiter für eine fachlich fundierte Reduzierung der Dokumentation in der Pflege einzusetzen. Als wesentliche Voraussetzungen können dazu Wahl und Verwendung geeigneter Dokumentationsinstrumente beitragen, die eine systematische Vorgehensweise ermöglichen und eine optimale Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf unterstützen. Sie sollen weiterhin den Anforderungen an die methodische Güte entsprechen, gut verständlich sein und unmittelbar für die Pflegeplanung sowie deren Evaluation eingesetzt werden können.

- b) Die Enquetekommission empfiehlt die rechtliche und finanzielle Ermöglichung einer EDV-gestützten Übergabe pflegerrelevanter Informationen beim Wechsel zwischen den Sektoren oder innerhalb der Sektoren. Hierbei sind insbesondere die Überlegungen zur elektronischen Patientenakte unter Berücksichtigung des Datenschutzes weiterzuentwickeln.
- c) Die Enquetekommission regt bei den Einrichtungen und ambulanten Diensten den Einsatz EDV-gestützter Systeme mit einheitlichen Standards und entsprechenden universellen Schnittstellen bei der tagtäglichen Pflegedokumentation an.
- d) Die Enquetekommission empfiehlt, auf Bundes- wie auf Landesebene die Rechtsvorschriften und staatlichen Vorgaben für die Pflege in Bezug auf deren Auswirkungen auf die Dokumentation hin zu überprüfen und stärker zu systematisieren. Widersprüche sind zu identifizieren und gegebenenfalls aufzulösen. Maßstab muss die Reduzierung auf das mindestens erforderliche Maß sein, um Qualität zu sichern. Mit der gleichen Intention sollen die Einrichtungen und deren Träger ihre selbst auferlegten Vorgaben – wie Qualitätsmanagement und Haftungsvorbeugung – überprüfen.
- e) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, der Heimaufsicht aufzuerlegen, dass sie ihrerseits einen Beitrag dazu leistet, dass Dokumentationsanforderungen auf das notwendige Maß begrenzt werden, und dass sie ihrerseits Einrichtungen dahingehend berät, sich an den Konzepten der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation zu beteiligen.
- f) Die Enquetekommission empfiehlt eine klare Abgrenzung der Prüfungsgegenstände zwischen Heimaufsicht und MDK und eine gemeinsame diesbezügliche Abstimmung.
- g) Die Enquetekommission empfiehlt dringend, dass die gesetzlichen Krankenkassen Regressansprüche gegenüber Heimen bei Sturzereignissen oder sonstigen kritischen Ereignissen nicht mehr regelhaft, sondern nur noch in begründeten Fällen durchzusetzen versuchen.

Pflegedokumentation als Werkzeug professioneller Pflegearbeit

Herausforderungen

Die Enquetekommission sieht in der Pflegedokumentation ein Hilfsmittel für die professionelle Pflegearbeit. Ohne Pflegedokumentation ist professionelles Pflegen nicht möglich. Die Dokumentation hat sich an den fachlichen Anforderungen und Notwendigkeiten zu orientieren, nicht an den formalen Anforderungen der Aufsichtsbehörden.

Die Führung einer aussagekräftigen Pflegedokumentation setzt eine entsprechende Fachkompetenz der Pflegefachkräfte voraus. Hier besteht noch weiterer Qualifizierungsbedarf.

Den Aspekten des Datenschutzes wird bisher in der Pflegedokumentation nicht in konsequenter Weise Rechnung getragen. Der Datenschutz gewinnt aber in unserer modernen Gesellschaft mit steigendem Vernetzungsgrad zunehmend an Bedeutung und darf in der Pflege nicht ausgeklammert werden. Die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten respektive Bewohnerinnen und Bewohner zu gläsernen Menschen werden, muss abgewendet werden.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission gibt zur Stärkung der Pflegedokumentation als Werkzeug professioneller Pflegearbeit nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt den Ausbildungsstätten sowie den Kranken- und Altenpflegeschulen in Zusammenarbeit mit den Hochschulen für Pflegewissenschaften, die Anforderungen an eine der Steuerung des Pflegeprozesses verpflichteten Pflegedokumentation zum zentralen Gegenstand der Ausbildung zu machen. Die Erkenntnisse und Ansätze des Strukturmodells sind hierbei einzubeziehen.
- b) Die Enquetekommission empfiehlt, dass im Zusammenhang mit der Implementierung des Strukturmodells Schulungs- und Qualifizierungsprogramme zur Pflegedokumentation gefordert und gefördert werden. Gefordert von nach dem WTPG zuständigen Behörden und gefördert durch das Sozialministerium in einer konzertierten Aktion mit den Verbänden der Einrichtungsträger und der Leistungsträger.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt, die datenschutzrechtlichen Anforderungen an die Führung der Pflegedokumentation mithilfe des Datenschutzbeauftragten des Landes zu profilieren und die datenschutzrechtlichen Anforderungen und Standards in die Schulungsprogramme aufzunehmen.

3.7.3 Prüfungen durch Heimaufsicht und MDK

Zwei Prüfinstanzen in der Praxis

Die Prüfungen der Heimaufsicht gehen auf den ordnungsrechtlichen Auftrag zur präventiven und akuten Gefahrenabwehr zurück und dienen dem Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner. Grundlage der heimaufsichtsrechtlichen Überprüfung ist § 17 WTPG. Die Heimaufsicht prüft neben der Ergebnisqualität die Struktur- und Prozessqualität, bauliche Aspekte, Hygiene, Arzneimittelversorgung, freiheitsbeschränkende Maßnahmen etc. und berät bei Mängeln. Die Auswahl der zu begutachtenden Bewohnerinnen und Bewohner erfolgt frei. Die untere Heimaufsichtsbehörde handelt hoheitlich. Pflegeeinrichtungen werden in Baden-Württemberg im Regelfall einmal jährlich begangen. Nach einer Begehung erhalten die Einrichtungen einen Begehungsbericht, der zur Qualitätsgewährleistung der Einrichtungen dienen soll.

Der MDK prüft auf der Grundlage von § 114 SGB XI), ob die vertraglich vereinbarten – und damit die mit den Pflegekassen abrechenbaren – Leistungen erbracht werden. Der MDK prüft in den nach SGB XI zur Versorgung zugelassenen Pflegeeinrichtungen vorrangig die Ergebnisqualität. Das Prüfverfahren sowie die Anzahl und Auswahl der zu begutachtenden Bewohnerinnen und Bewohner erfolgt nach bundesweit geltenden Vorgaben.

Seitens der Einrichtungsträger wird festgestellt, dass der Aufwand für die Durchführung und Nachbereitung von Überwachungen der Heimaufsichtsbehörden und der Prüfungen durch den MDK in den Pflegeeinrichtungen in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen ist.

Im Rahmen der Anhörungen der Enquetekommission wurde berichtet, dass 68 Prozent der von MDK und Heimaufsicht zu prüfenden Kriterien nahezu identisch seien und eine Prüfung einen Kostenaufwand von 4.000 bis 8.000 Euro verursache.

Die Träger weisen auf eine unklare Abgrenzung der Prüfkompetenzen und auf unzureichende organisatorische Absprachen zwischen beiden Prüfinstanzen hin. Dies habe dazu geführt, dass identische Inhalte doppelt abgefragt und erfasst werden. Ebenso zeige es sich, dass zu identischen Sachverhalten unterschiedliche Bewertungen und Empfehlungen gegeben werden.

Modellprojekt „Entbürokratisierung von externen Qualitätsprüfungen § 117 Abs. 2 SGB XI“

Das Modellprojekt „Entbürokratisierung von externen Qualitätsprüfungen § 117 Abs. 2 SGB XI“ hat gezeigt, dass ein praktikables Verfahren für gemeinsame Prüfungen von Heimaufsicht und MDK auf den Weg gebracht und dieses Verfahren in vier Modelleinrichtungen erfolgreich getestet werden konnte. Dazu wurde in Baden-Württemberg als erstem Land im Vorfeld eine strukturierte gemeinsame Vorgehensweise bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen nach heimrechtlichen Vorschriften und nach dem SGB XI entwickelt, das dann in den vier Modelleinrichtungen im Jahr 2014 erprobt und ausgewertet wurde. Die gemeinsamen Regelüberprüfungen wurden organisatorisch effektiv und mit einer hohen fachlichen Qualität durchgeführt. Die Prüfgegenstände dieser Regelüberprüfungen wurden dabei in einer Vorbereitungsphase für Heimaufsicht und MDK abgegrenzt und die Verantwortlichkeiten klar definiert. Allerdings machte das für alle Beteiligten aufwendige Verfahren deutlich, dass es einer sehr konstruktiven Mitwirkung der Einrichtung bedarf. Soweit diese nicht gegeben ist, kann das Ziel, die Prüfung an einem Tag durchzuführen, nicht erreicht werden. Es ist deshalb geplant, das Projekt im Landkreis Ludwigsburg im Jahr 2015 in einer zweiten Phase mit einer Ausweitung auf zehn zufällig ausgewählte Einrichtungen fortzuführen und anschließend erneut zu evaluieren, um auch schwierige Konstellationen abzudecken.

Herausforderungen

Aus Sicht der Enquetekommission ist die Fortentwicklung des Prüfsystems der Heimaufsichten und des MDK dringend geboten. Die vorgeschriebenen Prüfungen durch MDK und Heimaufsicht sind weder zeitlich noch inhaltlich ausreichend koordiniert. Dies führt zu aufwendigen Doppel- und Mehrfachprüfungen und bindet Zeit, die für die Menschen mit Pflegebedarf fehlt. Die im Heimgesetz und im SGB XI geregelten Prüfungen sowie die Kompetenzen der Prüfinstanzen sind klar voneinander abzugrenzen, die Zusammenarbeit der Prüfinstitutionen ist zu verbessern.

Die Heimaufsicht in Baden-Württemberg ist auf Landkreisebene organisiert. Sie wird fachlich zentral vom Sozialministerium gesteuert. Ihre Praxis ist gleichwohl uneinheitlich und personenabhängig. Das ist aus Sicht der Enquetekommission unbefriedigend und muss verbessert werden. Selbstverständlich bedarf es Kontrollen. Wirksamer sind aber beratungsorientierte Strategien, welche die Qualitätsbereitschaft und Verantwortung der Einrichtungen würdigen und unterstützen.

Die Aufwände für die Qualitätssicherung seitens der Pflegekassen respektive des MDK beziehen sich ganz wesentlich auf stationäre Einrichtungen und nur begrenzt auf ambulante Dienste. Auf Pflege angewiesene Menschen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit familiär versorgt werden, profitieren daher nicht oder kaum von den Qualitätssicherungsaktivitäten des MDK. Gleichzeitig verfügt der MDK durch die Daten aus den Begutachtungsverfahren über hochrelevante Informationen für ein pflegewissenschaftlich differenziertes Monitoring auf der Ebene der einzelnen Versicherten. Diese umfangreichen sozialmedizinisch relevanten Informationen werden bisher nicht für die Qualitätsentwicklung in der Pflege verwendet. In anderen Ländern werden Versuche unternommen, Begutachtungsverfahren für die Stichprobengenerierung bei Qualitätsprüfungen zu nutzen und sie einzubeziehen.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission gibt zur Fortentwicklung des Prüfsystems der Heimaufsichten und des MDK nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, eine Bundesratsinitiative mit der Zielsetzung einer deutlicheren Entflechtung der Aufgaben von Heimaufsicht und MDK einzubringen. Die Aufgabenstellung des MDK soll dabei stärker auf Beratung und die Leistungsinhalte des SGB XI fokussiert werden. Die Erkenntnisse aus dem

Modellprojekt Entbürokratisierung von externen Qualitätsprüfungen sind dabei zu berücksichtigen.

- b) Die Landesregierung wird aufgefordert, eine Konzeption zur besseren Aufgabenabgrenzung und zur Abstimmung von Kontrollbesuchen durch MDK und Heimaufsicht in Baden-Württemberg vorzulegen. Schwerpunkte davon sollen insbesondere klare Abgrenzungen der Prüfungsinhalte zur Vermeidung von Doppelprüfungen sowie eine bessere und verlässliche Terminkoordination sein. Qualitätsmanagementanstrengungen der Einrichtungen und Dienste sind dabei zu würdigen.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt, den MDK stärker auf Beratung und die Leistungsinhalte des SGB XI zu fokussieren.
- d) Die Enquetekommission empfiehlt den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Land Baden-Württemberg, sich an Überlegungen zu beteiligen, die Qualitätssicherungsfunktionen des MDK grundlegend neu zu bestimmen. Diese Neubestimmung soll bezogen auf alle Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeleistungen nach dem SGB XI und unter Nutzung der Begutachtungs- und Wiederbegutachtungsverfahren erfolgen. Mit entsprechend in der Qualitätssicherung gut aufgestellten Einrichtungen und Diensten ließe sich ein solches Konzept steuern. Mittelfristig soll der MDK seine Qualitätssicherungsfunktion bezogen auf Einrichtungen abgeben und durch eine konsequent subjektbezogene ersetzen.

3.7.4 Sicherung der Pflegequalität

Begriff der Pflegequalität

Im Heimbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finden sich Ausführungen zum Begriff der Pflegequalität. Sie bezeichnet das Maß der Übereinstimmung tatsächlicher Pflege mit festgelegten Kriterien anspruchsvoller Pflege. Erweiterte Definitionen beziehen darüber hinaus Kriterien der Wirtschaftlichkeit und des Verbrauchernutzens ein. Pflegequalität ist danach gegeben, wenn Versorgungsleistungen dem aktuellen Wissensstand in Medizin- und Pflegewissenschaft entsprechen, wirtschaftlich erbracht werden und die Präferenzen der Verbraucher berücksichtigen.

Der Anspruch „Qualität in der Pflege“ geht über den Begriff Pflegequalität hinaus. Gemeint ist hier die Gesamtheit der Leistungen, die sich auf die Lebenssituation der Menschen mit Pflegebedarf auswirken und damit ihre Lebensqualität bestimmen. Der multidimensionale Begriff der Lebensqualität wiederum beinhaltet neben objektiven auch subjektive Faktoren wie Würde und Selbstbestimmung.

Mit der Etablierung der Pflegewissenschaft in den 1990er Jahren wurden Theorie und Forschung zur Qualitätssicherung, insbesondere auch im Bereich Altenpflege, belebt. Die Qualitätssicherung in Deutschland ist gekennzeichnet durch ein Nebeneinander von internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Ein zentraler Aspekt bezieht sich auf die Entwicklung sogenannter Pflegestandards.

Mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurden, außerhalb der Regelungen nach § 113a SGB XI, Expertenstandards zu den Themen:

- „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (DNQP 2004a),
- „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2004b),
- „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen“ (DNQP 2005),
- „Sturzprophylaxe in der Pflege“ (DNQP 2006),
- „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ (DNQP 2007a),

- „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ (DNQP 2009a),
- „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ (DNQP 2010a) sowie
- die Aktualisierung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP2009b)

entwickelt.

Neben den BMG-geförderten Entwicklungen hat das DNQP inzwischen drei weitere Expertenstandards entwickelt:

- 2012 bis 2015 den Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ (DNQP 2015);
- 2011 bis 2014 den Expertinnenstandard für das Hebammenwesen „Förderung der physiologischen Geburt“ in Kooperation mit dem Verbund Hebammenforschung (DNQP & Verbund Hebammenforschung 2014);
- 2013 bis 2014 den ersten Expertenstandard nach § 113a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ im Auftrag der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI und mit finanzieller Förderung durch den GKV-Spitzenverband.

Im Jahr 2015 wurde die Entwicklung eines Expertenstandards zur Pflege von Menschen mit Demenz initiiert. Die Konsentierung dieses Standards ist für 2017 geplant.

Durch das Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) zum 1. Juli 2008 wurden Expertenstandards zu gesetzlich vorgesehenen Instrumenten zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Zugelassene Pflegeeinrichtungen sind nunmehr verpflichtet, Expertenstandards nach § 113a SGB XI, die erprobt und im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurden, anzuwenden.

Abschaffung der Pflegenoten

Mit den sogenannten Pflegenoten werden in Deutschland Pflegeeinrichtungen bewertet, die Leistungen nach dem SGB XI (Pflegeversicherung) erbringen. Die Noten werden durch die Landesverbände der Pflegekassen vergeben. Sie basieren auf den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherungen (PKV-Prüfdienst). Die Pflegenoten werden im Internet veröffentlicht und müssen von den Pflegeeinrichtungen an gut sichtbarer Stelle ausgehängt werden. Die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik sind – getrennt für den vollstationären und den ambulanten Bereich – in den Pflege-Transparenzvereinbarungen festgelegt.

Die Pflegenoten werden zum 31. Dezember 2017 neu konzipiert, da sie in der aktuellen Ausgestaltung keinen echten Qualitätsvergleich zwischen Einrichtungen ermöglichen. Gleichzeitig wird als Übergangslösung gesetzlich geregelt, dass Kassen und Pflegeeinrichtungen die Prüfergebnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen in der bisherigen Form weiterhin veröffentlichen. In Baden-Württemberg liegt die Durchschnittsnote sowohl in stationären Pflegeeinrichtungen als auch bei ambulanten Pflegediensten im Jahr 2015 bei 1,1. Mit einer bundesweiten Durchschnittsnote von 1,3 im Jahr 2015 sind die Abweichungen zwischen den Pflegeeinrichtungen bei den Pflegenoten so gering, dass diese nur wenig Aussagekraft für die Verbraucher besitzen.

Im Jahr 2016 wird ein Pflegequalitätsausschuss eingerichtet, der ein neues Qualitätsprüfungs- und Veröffentlichungssystem für Pflegeeinrichtungen berät und als Qualitätsprüfrichtlinie und Qualitätsdarstellungsvereinbarungen beschließt. Im Qualitätsausschuss sind nun auch die Interessensverbände der Menschen mit Pflegebedarf vertreten. Die neu zu beschließenden Richtlinien treten nach dem 31. Dezember 2017 gestaffelt in Kraft.

Herausforderungen

Trotz intensiver Bemühungen ist das Thema Qualitätssicherung – insbesondere in der Langzeitpflege – nicht in einer befriedigenden, den fachlichen Ansprüchen genügenden Weise umgesetzt. Das Nebeneinander von MDK und Heimaufsicht bewährt sich nicht. Für die Einrichtungen ergibt sich daraus ein erheblicher Aufwand. Prüfberichte müssen so ausgestaltet sein, dass darin keine für Bewohnerinnen und Bewohner demütigenden Veröffentlichungen von Lebenssituationen enthalten sind.

Die zentralen Ziele der Qualitätssicherung müssen sich an den Vorgaben der Leistungsgesetze orientieren. Hier geht es im Wesentlichen um die Sicherung von würdigen Lebensbedingungen, die Garantie der Selbstbestimmung und die Förderung der Teilhabe. Diese Ziele stehen im Vordergrund, nicht die empirisch gesicherte Effektivität pflegerischer Maßnahmen, die einem die Langzeitpflege überkommenden Medizinmodell entspricht und Teilhabeaspekte ebenso wenig berücksichtigt wie die Dimensionen guten Lebens oder Bedingungen eines alltäglichen Unterstützungsbedarfes.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission gibt zur besseren Messung und transparenteren Darstellung der Pflegequalität nachstehende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Die Landesregierung wird aufgefordert, sich auf nationaler Ebene für die Verbesserung der Pflegequalität durch die Entwicklung weiterer evidenzbasierter Standards für zentrale Bereiche der Pflege einzusetzen. Dazu sollen u. a. die Bemühungen des Deutschen Netzwerks zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) bei der Entwicklung nationaler Expertenstandards und der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen (BUKO-QS) herangezogen werden.
- b) Die Enquetekommission ersucht die Landesregierung, den im PSG II vorgesehenen Weg, ein neues Verfahren der Qualitätsprüfung zu vereinbaren und dabei insbesondere Indikatoren zur Messung von Ergebnisqualität zu berücksichtigen, zielführend zu unterstützen. Für den teilstationären Bereich sind eigene Verfahren zu entwickeln.

3.8 Generationengerechte Finanzierung

Einleitung

Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsassessments (NBA) zum 1. Januar 2017 durch das Pflegestärkungsgesetz II wird sich auf die Kosten der Pflegeversicherung auswirken.

Infolge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einschließlich der Setzung der Leistungsbeträge werden laut der Gesetzesbegründung⁶³ Mehrausgaben von 3,7 Mrd. Euro im Jahr 2017 und von 2,4 bis 2,5 Mrd. Euro jährlich in den Folgejahren prognostiziert. Darüber hinaus werden durch die Überleitung der Menschen mit Pflegebedarf von den Pflegestufen auf die Pflegegrade zusätzliche Kosten von insgesamt etwa 3,6 Mrd. Euro im Zeitraum von vier Jahren entstehen. Hinzu kommen zusätzlich Bestandsschutzkosten im vollstationären Bereich von knapp 0,8 Mrd. Euro.

In Verbindung mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung um 0,2 Beitragssatzpunkte erhöht. Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,2 Beitragssatzpunkte zum 1. Januar 2017 führt im Jahr 2017 zu Mehreinnahmen von rund 2,5 Mrd. Euro. Bis 2020 steigen die Mehreinnahmen voraussichtlich auf rund 2,7 Mrd. Euro jährlich.

Die Ausgaben im Vor- und Umfeld von Pflegebedürftigkeit haben zugenommen.

In Baden-Württemberg ist die Förderung entsprechender Maßnahmen von 1.565.598 Euro im Jahr 2001 auf 2.957.901 Euro im Jahr 2014 angestiegen. Dazu gehören im Einzelnen:

- Familienpflege- und Dorfhilfedienste,
- niedrigschwellige Betreuungsangebote nach § 45c SGB XI (seit 2003),
- Betreuungsgruppen und häusliche Betreuungsdienste, insbesondere für Menschen mit Demenz,
- Initiativen des Ehrenamts der Pflege im Sinne des § 45d SGB XI (seit 2008),
- Seniorenetzwerke zur Unterstützung von Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf,
- Pflegebegleiter-Initiativen.

Die Ausgaben der Pflegeversicherung in Baden-Württemberg sind ebenfalls gestiegen. Im Jahr 2008 betragen sie noch 2,534 Mio. Euro. 2012 waren es schon 3,047 Mio. Euro.

Nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 sind die reinen Ausgaben der Sozialhilfe-Träger für die Hilfe zur Pflege in Baden-Württemberg zunächst deutlich zurückgegangen. Seit dem Jahr 2001 sind sie jedoch kontinuierlich angestiegen.⁶⁴ Einschätzungen zufolge werden die Ausgaben mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erneut ansteigen.

Alternative Finanzierungsmodelle

Die Integrierte Versorgung ist eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Kooperation von den verschiedenen an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten Akteuren. Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und den weiteren Vertragspartnern nach § 140a Absatz 3 Satz 1 SGB V Verträge zur integrierten Versorgung schließen, z. B. einen Vertrag zur Vernetzung ärztlicher und pflegerischer Versorgung im Pflegeheim.

§ 35a SGB XI sieht die Teilnahme von Menschen mit Pflegebedarf an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX vor. Hierbei können Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) sowie Tagespflege und

⁶³ Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5926

⁶⁴ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Sozialhilfe

Nachtpflege (§ 41 SGB XI) in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden. Die Gutscheine können bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen eingelöst werden. Der Vorteil des Persönlichen Budgets ist, dass Menschen mit Pflegebedarf Wahlfreiheit bei der Auswahl der Leistungsanbieter haben und Leistungen, die sie brauchen, selbst zusammenstellen können. Die Betroffenen erhalten ein Gesamtbudget, aus dem sie die Leistungen zahlen können.

3.8.1 Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Sachstand

Die Pflegeversicherung ist eine Teilleistungsversicherung. Die Zuschüsse der Pflegekasse decken den pflegebedingten Bedarf nie vollständig ab, sondern sind durch Höchstbeträge beziehungsweise Pauschalen begrenzt. Den Versicherten verbleibt ein erheblicher Eigenanteil an den im Pflegefall entstehenden Kosten.

Hilfe zur Pflege ist eine bedarfsorientierte Sozialhilfeleistung nach §§ 61 ff. SGB XII zur Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf, die den notwendigen Pflegeaufwand nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können.

Das Pflegestärkungsgesetz II sieht in den vollstationären Pflegeeinrichtungen einen einheitlichen pflegebedingten Eigenanteil für die zukünftigen Pflegegrade 2 bis 5 vor, der von der jeweiligen Einrichtung mit den Pflegekassen beziehungsweise dem Sozialhilfeträger ermittelt wird. Der pflegebedingte Eigenanteil wird mit zunehmender Pflegebedürftigkeit nicht mehr ansteigen. Alle Menschen mit Pflegebedarf der Pflegegrade 2 bis 5 bezahlen dann in einem Pflegeheim den gleichen pflegebedingten Eigenanteil.

Seit dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung vom 23. Oktober 2012 (BGB I. I S. 2246) werden freiwillige private Pflege-Zusatzversicherungen erstmals staatlich gefördert. Durch diese Förderung (sogenannter Pflege-Bahr) wurde eine zusätzliche Finanzierungsmöglichkeit geschaffen, die die Bürgerinnen und Bürger dabei unterstützen soll, eigenverantwortlich für den Fall der Pflegebedürftigkeit vorzusorgen.

Durch das Erste Pflegestärkungsgesetz wurde zum 1. Januar 2015 ein Sondervermögen unter dem Namen „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ (§§ 131 bis 139 SGB XI) errichtet. Die Verwaltung und die Anlage der Mittel des Sondervermögens wurden der Deutschen Bundesbank übertragen. In diesem Pflegevorsorgefonds wird ein Anteil von 0,1 Prozentpunkten der Pflegeversicherungsbeiträge pro Jahr angelegt. Aktuell sind dies etwa 1,2 Mrd. Euro pro Jahr. Bis Dezember 2033 soll Geld zugeführt werden, um ab dem Jahr 2035 künftige Beitragssteigerungen abzumildern.

Dynamisierung und Weiterentwicklung der Leistungen der Pflegeversicherung

Herausforderungen

Seit der Einführung der Pflegeversicherung ist ein Wertverlust der Pflegeleistungen von 20 bis 25 Prozent auf Grund von Preis- und Lohnsteigerungen zu verzeichnen, ohne dass eine entsprechende Anpassung vorgenommen worden ist. Dies führt u. a. zu einer verstärkten Inanspruchnahme eigener Einkommen und Ersparnisse sowie zur Heranziehung unterhaltspflichtiger Angehöriger und von Sozialhilfeleistungen.

Im Hinblick auf die ansteigenden Eigenanteile ist die soziale Ausgewogenheit bei der Partizipation an Pflegeleistungen nicht gewährleistet.

Die pflegenden Angehörigen sind zu stärken. Die Wahlfreiheit der Menschen mit Pflegebedarf ist bei den Pflegeleistungen (u. a. Persönliches Budget) zu erhöhen.

Die Mehrheit der allein lebenden Menschen mit Pflegebedarf ist weiblich. Diese verfügen im Durchschnitt über vergleichsweise niedrige finanzielle Rücklagen.⁶⁵

Aus Sicht der Leistungserbringer ist Verlässlichkeit bei der Refinanzierung gefragt.

Handlungsempfehlungen

Zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gibt die Enquetekommission folgende Handlungsempfehlungen ab:

- a) Es bedarf einer regelmäßigen Dynamisierung und Weiterentwicklung der Leistungen der Pflegeversicherung.

Weitere zu berücksichtigende Faktoren neben der Dynamisierung der Leistungen sind die Stärkung der häuslichen Pflege, eine stärkere Vernetzung und Verzahnung von Leistungsangeboten im pflegerischen Bereich und die Stärkung von Prävention und Rehabilitation. Ferner sollten die Interessen der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler sowie die Gewährleistung der Beitragsstabilität berücksichtigt werden.

Die Enquetekommission begrüßt die Einführung eines einheitlichen pflegebedingten Eigenanteils in den vollstationären Pflegeeinrichtungen durch das Pflegestärkungsgesetz II.

Darüber hinaus wird gefordert, dass der Anstieg des Eigenanteils der Menschen mit Pflegebedarf bzw. ihrer Angehöriger, z. B. durch eine dynamisierte Erhöhung der Leistungen, gedämpft wird.

Hierzu ist eine Bundesratsinitiative für eine regelmäßige und regelgebundene Leistungsanpassung einzubringen.

- b) Die Landesregierung ist aufgefordert, sich für die stärkere Berücksichtigung des allgemeinen Begleitungs- und Betreuungsbedarfs von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Rahmen des SGB XI einzusetzen.
- c) Die Enquetekommission empfiehlt, die Situation von alleinlebenden Frauen mit Pflegebedarf besonders in den Blick zu nehmen. Das Sozialrecht muss geschlechtergerecht ausgestaltet werden. Finanzielle Risiken für pflegende Angehörige müssen abgemindert werden, da überproportional viele Frauen zugunsten der Pflegearbeit auf Erwerbstätigkeit verzichten. Es ist zu prüfen, in wieweit der Rentenanspruch der pflegenden Angehörigen zu reformieren ist.
- d) Außerdem empfiehlt die Enquetekommission die Einführung eines persönlichen Budgets und gleichen Zugang zu den Leistungen unabhängig von der Versorgungsform.

Die Landesregierung wird aufgefordert, Modellprojekte zur Erprobung von Persönlichen Budgets für Menschen mit Pflegebedarf zu entwickeln.

Zukünftige Finanzierung der Sozialversicherungssysteme

In der Enquetekommission konnte für keine der beiden nachstehenden Varianten zur Finanzierung der Sozialversicherungssysteme eine Übereinstimmung erzielt werden. Aus diesem Grunde werden beide Varianten gleichberechtigt dargestellt.

⁶⁵ DIW Wochenbericht, 14+15 2015

Variante 1 der Fraktionen GRÜNE und SPD

Herausforderungen

Die Pflegepolitik steht vor einem tiefgreifenden Strukturwandel, für den es einen soliden, nachhaltigen und gerechten Finanzierungsrahmen braucht.

Die Risiken zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegeversicherung (PPV) sind sehr unterschiedlich verteilt, da die Versicherten in der PPV nicht nur deutlich einkommensstärker sind, sondern auch eine niedrigere Pflegeprävalenz haben, da sie im Schnitt jünger sind. Der Anteil der Männer in der PPV ist hoch, was ebenfalls ein Vorteil ist, da bei ihnen eine geringere Wahrscheinlichkeit besteht, pflegebedürftig zu werden.

Die soziale Pflegeversicherung ist eine Teilleistungsversicherung und bedarf daher der Ergänzung durch private Mittel. Einkommen oder Vermögen sind jedoch entscheidend, wenn es um die Spielräume geht, die Menschen mit Pflegebedarf in Privathaushalten für eine selbstständige Lebensführung haben. Hier müssen bestimmte Bevölkerungsgruppen stärker in den Fokus gerückt werden, auch um einen starken Anstieg von Sozialhilfeempfängern zu vermeiden.

Handlungsempfehlungen

Die Fraktionen von GRÜNEN und SPD fordern eine Abkehr vom Zwei-Säulen Modell aus sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegeversicherung und die Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung:

- Soziale Risiken können so abgedeckt werden. Ein rasanter Anstieg der Beiträge aufgrund der demografischen Entwicklung kann verhindert werden. Die Pflege-Bürgerversicherung bietet finanziellen Spielraum für eine Leistungsausweitung und eine Dynamisierung der Leistungen.
- Versicherte sollen weiterhin ihre Versicherung freiwählen können. Freiwillige Zusatzversicherungen sollen auch zukünftig abgeschlossen werden können.
- Leistungen der Pflege-Bürgerversicherung sollen regelmäßig zu zwei Dritteln an die Lohn- und zu einem Drittel an die Inflationsentwicklung angepasst werden.

Die Fraktionen von GRÜNEN und SPD fordern deshalb die Landesregierung auf, eine Bundesratsinitiative mit dem Ziel der Einführung einer Bürgerpflegeversicherung zu ergreifen.

Als kurzfristige Maßnahme bis zur Einrichtung der Bürgerpflegeversicherung ist ein Finanzausgleich zwischen Pflege- und Krankenversicherung einzuführen.

Variante 2 der Fraktionen CDU und FDP/DVP

Herausforderungen

Die Pflegepolitik steht vor einem tiefgreifenden Strukturwandel, für den es einen soliden, nachhaltigen und gerechten Finanzierungsrahmen braucht.

Die soziale Pflegeversicherung ist und wird weiterhin eine Teilleistungsversicherung sein und bedarf daher der Ergänzung durch private Mittel. Einkommen oder Vermögen sind jedoch entscheidend, wenn es um die Spielräume geht, die Menschen mit Pflegebedarf in Privathaushalten für eine selbstständige Lebensführung haben. Hier müssen bestimmte Bevölkerungsgruppen stärker in den Fokus gerückt werden, auch um einen starken Anstieg von Sozialhilfeempfängern zu vermeiden.

Handlungsempfehlungen

Die Fraktionen von CDU und FDP/DVP sprechen sich dafür aus, die gesetzliche und private Kranken- und Pflegeversicherung als eigenständige Systeme beizubehalten. Auch in der Anhörung konnte außer kurzfristigen Finanzierungseffekten zugunsten der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zum Nachteil der privat Versicherten kein nachhaltiger Vorteil in Bezug auf ein anderes Finanzierungssystem genannt werden.

Pflegeversicherung als Teileleistungsversicherung

Herausforderungen

Die Pflegeversicherung ist als Teileleistungsversicherung konzipiert. Momentan ist bei vielen Menschen das Bewusstsein nicht stark genug, dass – im Gegensatz zur Krankenversicherung – die Pflegeversicherung keinen vollständigen Leistungsabdeckungsanspruch hat. Das führt im Pflegefall oftmals zu Finanzierungslücken und sozialstaatlichem Unterstützungsbedarf.

Politik und Gesellschaft sind daher aufgerufen, das Bewusstsein der Eigenvorsorge für den Pflegefall zu stärken und zu unterstützen.

Ein nachhaltiges Pflegeversicherungssystem muss gewährleistet werden.

Gute Pflege kostet und wirkt sich auch in der Höhe der Beitragssätze aus.

Die Lasten der Pflege sind sozial und gerecht zu verteilen. Die Leistungserbringung für die Generation der sogenannten Babyboomer muss gesichert werden. Die Beitragssätze in der gesetzlichen Pflegeversicherung müssen aber begrenzt bleiben.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission spricht sich für die Beibehaltung der Pflegeversicherung als Teileleistungsversicherung aus. Alle an der Pflege beteiligten Kassen und Institutionen werden gebeten, verstärkt an die Eigenvorsorge zu appellieren.

Die Landesregierung wird aufgefordert, bei der Umwandlung der Pflegestufen in Pflegegrade und der Änderung des Begutachtungsverfahrens auf die erforderliche Anpassung an die Landesrahmenverträge hinzuwirken.

Pflegevorsorgefonds und Eigenvorsorge

In der Enquetekommission konnte für keine der beiden nachstehenden Varianten zur Finanzierung über den Pflegevorsorgefonds und der Eigenvorsorge eine Übereinstimmung erzielt werden. Aus diesem Grunde werden beide Varianten gleichberechtigt dargestellt.

Variante 1 der Fraktionen GRÜNE und SPD

Herausforderungen

Der Pflegevorsorgefonds ist nicht nachhaltig und generationengerecht. Die Idee des Fonds beruht auf einer falschen Annahme. Er soll den Beitragssatz zur Pflegeversicherung solange stabil halten, bis die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf ab dem Jahr 2055 wieder abnimmt. Allerdings wird auch die Zahl der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler zurückgehen. Das heißt, der Beitragssatz wird in der ferneren Zukunft nicht etwa sinken, sondern konstant hoch bleiben.

Zudem ist das eingeplante Kapital viel zu gering. Ausgehend von einem Beitragssatz von vier Prozentpunkten in den Jahren ab 2050 wird die Entlastung aus dem Fonds kaum bemerkbar werden.

Es ist nicht genau festgelegt, wofür die Rücklagen verwendet werden sollen, d. h. möglicherweise werden Leistungsausweitungen oder ähnliches damit finanziert.

Die private Vorsorge muss neu organisiert werden. Dabei müssen vor allem einkommensschwache Gruppen ins Auge gefasst werden.

Ob Eigenvorsorge getroffen wird, ist dem Einzelnen zu überlassen.

Der „Pflege-Bahr“ ist mit der Zahl der Abschlüsse hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Nach einer Stellungnahme der Deutschen Bundesbank⁶⁶ werden Zusatzversicherungen als steuerlich subventionierte Mitnahmeeffekte vor allem durch einkommensstärkere Schichten in Anspruch genommen. Dies kommt einer inversen Umverteilung von unten nach oben gleich und macht die Privatvorsorge für untere und mittlere Einkommensgruppen wenig attraktiv. Die Lücke zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und den nicht abgedeckten Pflegekosten wird nicht geschlossen.

Handlungsempfehlungen

Die Umlagefinanzierung der Pflegeversicherung ist beizubehalten. Experimente zum Kapitaldeckungsverfahren sind abzulehnen. Insofern ist der Pflegevorsorgefonds aufzulösen. Freiwerdende Mittel sind zur Ausfinanzierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes zu verwenden.

Die Fraktionen von GRÜNEN und SPD appellieren an den Bund, den Pflegevorsorgefonds nach den §§ 131 ff. SGB XI ersatzlos zu streichen und die dafür vorgesehenen Beitragssatzmittel zur Finanzierung aktuell notwendiger Leistungen zu verwenden, z. B. zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes.

Der Bund, das Land und die Kassen sind gehalten, die Menschen auf Beitragserhöhungen vorzubereiten.

Die Fraktionen von GRÜNEN und SPD empfehlen die Abschaffung des sogenannten Pflege-Bahrs auf Bundesebene.

Die Landesregierung wird deshalb gebeten, eine Bundesratsinitiative zur Einstellung der staatlichen Förderung für private Pflegezusatzversicherungen einzubringen.

Variante 2 der Fraktionen CDU und FDP/DVP

Herausforderungen

Der Aufbau eines Kapitalstocks stärkt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels die umlagefinanzierte Pflegeversicherung.

Mit dem Pflegevorsorgefonds können ab dem Jahr 2035, in dem eine besonders hohe Zahl von Menschen mit Pflegebedarf, u. a. die sogenannte Baby-Boomer-Generation, zu versorgen ist, mögliche Beitragssteigerungen abgedeckt werden.

Eine ergänzende private Eigenvorsorge wie durch den sogenannten Pflege-Bahr trägt dazu bei, die eigenen finanziellen Belastungen abzumildern. Sie ist eine notwendige und sinnvolle Ergänzung zur Pflegeversicherung.

⁶⁶ Deutsche Bundesbank (2012): Monatsbericht, September 2012

Handlungsempfehlungen

Die Fraktionen von CDU und FDP/DVP empfehlen, den Pflegevorsorgefonds nicht nur beizubehalten, sondern auch fortzuentwickeln.

Die Landesregierung ist angehalten, die Weiterentwicklung und positive Begleitung der Eigenvorsorge im Pflegefall, auch unter Verweis auf staatlich geförderte private Vorsorge, voranzutreiben.

3.8.2 Investitionskosten

Sachstand

Die Länder sind nach § 9 SGB XI verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur.

Der laufende Betrieb von Pflegeeinrichtungen wird zum größten Teil durch die Vergütung für erbrachte Pflegeleistungen (§ 82 Abs. 1 SGB XI) finanziert. Nach dem Landespflegegesetz (LPfLG) können Investitionsmaßnahmen bei Pflegeheimen gefördert werden. Die Förderung von Pflegeheimen nach dem LPfLG ist eine gemeinsame Aufgabe von Land, Stadt- und Landkreisen sowie Gemeinden.

Betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen dürfen den Menschen mit Pflegebedarf nur unter den Voraussetzungen des § 82 Absätze 3 und 4 SGB XI gesondert berechnet werden.

Herausforderungen

Neben den stationären Pflegeeinrichtungen ist eine stärkere Umsetzung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften in kleinräumigen und strukturschwachen Gebieten erforderlich.

In Folge des Auslaufens der Objektförderung und der Umsetzung der Landesheimbauverordnung bedarf es geänderter Kriterien zur Refinanzierung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen.

Investitionskosten für den Pflegebereich sind in den Pflegesätzen nicht in ausreichendem Maße abgebildet. Vor allem absehbar steigende Kosten für Immobilien werden für viele Pflegeeinrichtungen zur Herausforderung.

Das Bundessozialgericht hat in drei Urteilen vom 8. September 2011⁶⁷ zur gesonderten Berechnung von betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen nach § 82 Abs. 3 SGB XI das Tatsächlichkeitsprinzip entwickelt. Danach können nur solche in der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung nicht berücksichtigungsfähigen Aufwendungen durch gesonderte Berechnung auf die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner umgelegt werden, die bei ihrer Inanspruchnahme entweder bereits angefallen sind oder im Berechnungszeitraum sicher anfallen werden.

Der Bundesgesetzgeber hat auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts reagiert und den § 82 Abs. 3 in dem Sinne geändert, dass eine Pauschalierung der Investitionskosten weiterhin möglich ist.

⁶⁷ Aktenzeichen B 3 P 2/11 R, B 3 P 3/11 R und B 3 P 4/10 R

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt:

- a) eine stärkere Förderung der ambulant betreuten Wohnformen, beispielsweise im Rahmen des Innovationsförderungsprogramms Pflege;
- b) für den Fall, dass die Selbstverwaltung zeitnah zu keiner einvernehmlichen Regelung bei der Refinanzierung der Investitionskosten gelangt, den Erlass einer Rechtsverordnung durch das Sozialministerium gemäß § 82 SGB XI.
- c) Die Landesregierung wird aufgefordert, ein Gutachten über Investitionskosten und Investitionskostenlücken bei Pflege- und Eingliederungseinrichtungen in Auftrag zu geben und nach der Auswertung mit den Trägern der Einrichtungen eine Maßnahmenplanung zur Linderung von Investitionskostenlücken vorzulegen.

3.8.3 Häusliche Krankenpflege

Herausforderungen

Mit der Abkürzung von Krankenhausaufenthalten und der Zunahme der Anzahl multimorbider Patientinnen und Patienten in der eigenen Häuslichkeit gewinnt die häusliche Krankenpflege zunehmend an Bedeutung. Die Ausgabensteigerung in diesem insgesamt von geringen Kosten geprägten Leistungsbereich veranlassen eine Reihe von gesetzlichen Krankenkassen zum Einsatz von Kostensteuerungsinstrumenten, die sowohl zu einer Verlängerung der Bewilligungsverfahren als auch zu der Versagung von Rechtsansprüchen führen. Damit werden die Kassen ihrem Sicherstellungsanspruch im Bereich der häuslichen Krankenpflege in vielen Fällen nicht mehr gerecht.

Die Refinanzierung der häuslichen Krankenpflege konzentriert sich auf Einzelleistungen, die den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur häuslichen Krankenpflege folgen. Damit kommen in der Finanzierung die bedeutsamen Leistungen der Steuerung des Pflegeprozesses zu kurz. Häufig sind die Pflegekräfte, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen, die einzigen Fachkräfte, die Zugang zum Haushalt der auf Pflege angewiesenen Menschen haben.

Eine besondere Bedeutung kommt den Leistungen der häuslichen Krankenpflege in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung zu. Außerhalb der leistungsrechtlichen Tatbestände der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind in der Sterbephase befindliche Menschen in der eigenen Häuslichkeit auf eine verlässliche Unterstützung im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung angewiesen. Die häusliche Krankenpflege stabilisiert und qualifiziert die Versorgungssituation, auch für die Angehörigen. In Modellprojekten konnte der hohe Nutzen einer hochwertigen ambulanten Palliativversorgung nachgewiesen werden. Einer solchen Praxis stehen zum Teil restriktive Genehmigungsverfahren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege einiger Krankenkassen entgegen. Die Enquetekommission betrachtet es als Zielsetzung, eine kostendeckende Finanzierung der häuslichen Krankenpflege, als ambulante Pflege im Anschluss an stationäre Aufenthalte, zu ermöglichen.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission fordert das Sozialministerium auf, die Kostensteuerungsinstrumente der gesetzlichen Krankenkassen zur Begrenzung der Ausweitung der Verordnungen und Leistungen der häuslichen Krankenpflege auf ihre fachliche und rechtliche Belastbarkeit hin zu überprüfen und an einem runden Tisch mit Leistungserbringern, Leistungsträgern und Vertretern von Versicherten die Befunde zu diskutieren.

Die Enquetekommission bittet die Landesregierung, an den G-BA zu appellieren, darauf hinzuwirken, dass der Leistungskatalog für die häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V um näher zu beschreibende Leistungen der Steuerung des Pflegeprozesses ergänzt wird. Für den Fall, dass dies nicht gelingt, empfiehlt die Enquetekommission der Landesregierung, über eine Bundesratsinitiative entsprechende Regelungen im SGB V zu treffen.

Die Enquetekommission empfiehlt der Landesregierung, beim Bund eine Anpassung des § 37 Abs. 1 SGB V dahingehend anzuregen, dass die DRG-Systematik berücksichtigt wird und Leistungen gewährt werden, wenn diese geeignet oder notwendig sind, um einen Krankenhausaufenthalt zu verhindern oder um nach einem zu kurzen Aufenthalt wieder zu genesen.

Die Enquetekommission mahnt an, dass sich gesetzliche Krankenkassen und Leistungserbringer auf Verfahren der Bewilligung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im häuslichen Bereich verständigen. Diese Verfahren müssen zu einer unbürokratischen, schnellen und eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellenden Genehmigung der Leistungen führen.

3.8.4 Sektorengrenzen

Sachstand

Bei den Übergängen zwischen ambulanter Pflege, Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen sowie stationären Krankenhausaufenthalten und Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen kommt es auch in der Finanzierung zu Überschneidungen. Leistungen gemäß des Hospiz- und Palliativgesetzes werden zwar auch in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht, werden aber finanziell derzeit nicht berücksichtigt.

Herausforderungen

Die sektorale Finanzierung ist zu überdenken. Die starren Sektorengrenzen zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege sind ein großes Problem für eine optimale Pflegeversorgung.

In der Praxis findet die Integrierte Versorgung in Pflegeheimen nicht die erwünschte Resonanz, da sie selektiv hinsichtlich der beteiligten Krankenkassen und damit auch der Bewohnerinnen und Bewohner ist, zu einem bürokratischen Mehraufwand führt und damit auch zu fehlender Akzeptanz.

Die Abgrenzung der Kranken- und Pflegekassen führt in vielen Fällen zu unbefriedigenden Ergebnissen. Dies führt zu Härten in den Übergängen – z. B. bei vorzeitigen Entlassungen aus den Krankenhäusern – und zur Vernachlässigung von für eine gute Pflege notwendigen Voraussetzungen, vor allem im Rehabilitationsbereich.

Die Vergütungssätze der Krankenkassen im Rehabilitationsbereich werden als zu gering eingeschätzt. Die Einrichtung der Landesschiedsstelle Rehabilitation hat zu keiner Verbesserung geführt, weil der Bundesgesetzgeber keine Vorgaben zur leistungsgerechten Vergütung gemacht hat. Ferner sind die Einrichtungen von den Patientenzuweisungen seitens der Krankenkassen abhängig, so dass sie bei Anrufung der Schiedsstelle mit künftigen Belegungsrisiken rechnen müssen. Bei gleichbleibenden Vergütungssätzen sind Einrichtungen von Schließungen bedroht.

Zwischen stationär und ambulant versorgten Menschen mit Pflegebedarf findet keine Gleichbehandlung statt. Es ist eine fachlich nicht nachvollziehbare und rechtspolitisch nicht vertretbare Form der Ungleichbehandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, dass Heimbewohnerinnen und Heimbewohner von Leistungen der Behandlungspflege als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen werden. Dies gilt insbesondere für die Langzeitpflege, tatsächlich aber auch für Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Das geplante Pflegeberufegesetz kennt künftig als Vorbehaltsaufgabe der Fachpflege insbesondere die Steuerung des Pflegeprozesses. Vorbehaltsaufgaben kommen im heutigen Leistungsrecht zu kurz. Gleichzeitig werden praktische Unterstützungsleistungen der Hauswirtschaft oder der Grundpflege und Betreuung als Sachleistungen vorgesehen – und damit zum Teil an Qualitätsvorgaben gebunden, die nicht zielführend sind. Es liegt nahe, Überlegungen der Strukturreform zur Pflege und Teilhabe insofern aufzunehmen, als die Formulierung von Sachleistungsansprüchen stärker auf fachpflegerische Inhalte und die für die Fachpflege niedergelegten Vorbehaltsaufgaben zu konzentrieren ist. Das gilt sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. Im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes sind dem gegenüber Leistungen der hauswirtschaftlichen Unterstützung, der Betreuung (Assistenz) sowie bestimmte Aufgaben der Grundpflege, in denen nicht die persönliche Tätigkeit einer Fachkraft erforderlich ist, stärker zu flexibilisieren. Insofern spricht viel dafür, diese Leistungen eher in Form von Sach- oder auch von Persönlichen Budgets zu gewähren, welche auf individuellen Aushandlungen mit dem auf Pflege angewiesenen Menschen basieren.

Notwendig ist eine integrierte Versorgung, die eine übergreifende Versorgungskette etabliert und dabei den Präventions-, Gesundheits-, Rehabilitations- und Pflegebereich umfasst sowie Versorgungslücken vermeidet. Es herrscht Forschungsbedarf über die Qualität ausländischer ganzheitlicher Versorgungsstrukturen in komparatistischer Hinsicht.

Der Anstieg von Patienten mit Demenz im Krankenhaus stellt die Krankenhäuser vor finanzielle Herausforderungen. Um auf die speziellen Bedarfe der Menschen mit Demenz eingehen zu können, hat sich die Beschäftigung einer 1:1 Alltagsbegleitung als sinnvoll erwiesen. Momentan müssen die Krankenhäuser die Kosten für die Begleitung selbst aufbringen, da weder im SGB V noch im SGB XI eine Finanzierung vorgesehen ist.

Handlungsempfehlungen

Die Enquetekommission empfiehlt:

- a) die schrittweise Aufhebung der Sektorengrenzen zu prüfen;
- b) die leistungsrechtliche Ermöglichung von Modellprojekten, bei denen stationäre Einrichtungen „ambulantisiert“ werden, d. h. Modellprojekte, bei denen in den stationären Einrichtungen eine Pflege nach ambulanten Maßstäben erfolgt und entlohnt wird;
- c) die Zuständigkeit für die Leistungen der Behandlungspflege auch im stationären Bereich zügig der Krankenversicherung rückzuübertragen.

Die Landesregierung wird aufgefordert,

- d) ein Modellprojekt zu entwickeln, das eine stärkere Beteiligung der Krankenkassen beim Übergang in die Pflege vorsieht unter Berücksichtigung von Erfahrungen in anderen Staaten;
- e) Modellvorhaben zur sektorenübergreifenden Vernetzung von Prävention, Rehabilitation und Akutversorgung zu initiieren;
- f) gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden und den anderen Ländern eine Gesetzesinitiative zu ergreifen, die die Rückverlagerung der Zuständigkeit für die Behandlungspflege in Heimen auf die gesetzliche Krankenversicherung zum Gegenstand hat. Damit würden auf der einen Seite Kommunen als Sozialhilfeträger und Privatzahler entlastet und auf der anderen Seite die Krankenkasse belastet;
- g) darauf hinzuwirken, dass der Betreuungsbedarf von Menschen mit Demenz im Krankenhaus finanziell abgebildet wird. Eine Refinanzierung der Kosten für eine 1:1 Be-

treuung durch Alltagsbegleitungen soll im SGB V oder SGB XI aufgenommen werden.

Außerdem empfiehlt die Enquetekommission zu prüfen, inwieweit die als Sachleistungen zu gewährenden fachpflegerischen Leistungen stärker im Sinne der Vorbehaltsaufgaben der Fachpflege profiliert werden können und müssen und welche Möglichkeiten bestehen, sie aus einer Hand zu finanzieren und zu steuern.

Gleichzeitig soll die Landesregierung anregen, die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes auch dazu zu nutzen, das Leistungsrecht der sozialen Pflegeversicherung zu flexibilisieren, soweit es sich um Leistungen handelt, in denen die persönliche Tätigkeit einer Pflegefachkraft nicht erforderlich ist.

So sollen systematisch Erfahrungen mit Sachleistungs- und Persönlichen Budgets gesammelt werden und auf eine entsprechende Weiterentwicklung des Leistungsrechtes auf Bundesebene hingewirkt werden.

4 Beschlussempfehlung

Der Landtag wolle beschließen,

- 1) a) den vorliegenden Bericht zur Kenntnis zu nehmen und
 - b) die Handlungsempfehlungen in Berichtsteil 3 zustimmend zur Kenntnis zu nehmen.
- 2) die Landesregierung zu ersuchen,
 - a) die Handlungsempfehlungen zur Pflegekammer (Abschnitt 3.1.5) und zur Landesheimpersonalverordnung (Abschnitte 3.3.7 und 3.5.4) umzusetzen und dem Landtag zu den in Berichtsteil 3 für die Umsetzung der Handlungsempfehlungen jeweils vorgesehenen Zeiten über das Ergebnis der Umsetzung zu berichten.
 - b) dem Landtag bis zum 28. September 2016 eine Bewertung zu den Handlungsempfehlungen 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.4, 3.2.1.1, 3.2.1.2, 3.2.1.3, 3.2.1.4, 3.2.1.5, 3.2.2.1, 3.2.2.2, 3.2.2.3, 3.2.2.4, 3.2.2.5, 3.2.2.6, 3.2.2.7, 3.2.2.8, 3.2.2.9, 3.2.2.10, 3.2.2.11, 3.2.3.1, 3.2.3.2, 3.2.3.3, 3.2.3.4, 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4, 3.3.6, 3.3.7, 3.3.8, 3.3.9, 3.3.10, 3.3.11, 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3, 3.4.4, 3.4.5, 3.4.6, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.5.4, 3.5.5, 3.5.6, 3.5.7, 3.6.1, 3.6.2, 3.6.3, 3.6.4, 3.6.5, 3.6.6, 3.6.7, 3.6.8, 3.6.9, 3.7.1, 3.7.2, 3.7.3, 3.7.4, 3.8.1, 3.8.2, 3.8.3 und 3.8.4 vorzulegen, bis zum 31. Januar 2017 mitzuteilen, welche Maßnahmen zur Umsetzung dieser Empfehlungen beabsichtigt sind und danach jeweils zeitnah über das Ergebnis der Umsetzung der Empfehlungen zu berichten.

5 Anhang

Anhang 7

Linkliste

Die nachfolgende Linksammlung soll weitere Recherchen zu den Themenfeldern der Enquete-kommission erleichtern. Sie beschränkt sich auf die an den Anhörungen beteiligten Verbände oder Institutionen und kann daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Sachverständigenanhörungen:

AOK Baden-Württemberg: www.aok.de/baden-wuerttemberg

Arbeiter-Samariter-Bund ASB Landesverband: www.asb-bw.de

AWO Bezirksverband Württemberg e.V.: www.awo-wuerttemberg.net

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V.: www.bwkg.de

Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e. V.: www.dicvfreiburg.caritas.de

contec GmbH, BioMedizinZentrum Ruhr: <https://www.contec.de>

Diakonisches Werk der Ev. Kirche Württemberg: <https://www.diakonie-wuerttemberg.de>

Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie für Bildung und Forschung des Hospiz Stuttgart:
www.hospiz-stuttgart.de/akademie.html

Evangelische Heimstiftung GmbH: www.ev-heimstiftung.de

Evangelische Hochschule Freiburg: www.eh-freiburg.de

Evangelische Landeskirche: <http://www.elk-wue.de>

Geriatrische Rehaklinik Ehingen: <http://www.kh-gmbh-adk.de>

Geschäftsstelle des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege: www.patientenbeauftragter.de

Haus Edelberg Dienstleistungsgesellschaft: www.haus-edelberg.de

HELIOS Spital Überlingen: www.helios-kliniken.de/klinik/ueberlingen.html

Hochschule Esslingen, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege: www.hs-esslingen.de

Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege & Gesundheit: <https://www.hs-fulda.de>

Hochschule für Gesundheit, Bochum: www.hs-gesundheit.de

Hospiz Leonberg e.V.: www.hospiz-leonberg.de

Hospiz St. Martin: www.hospiz-st-martin.de

Institut für Gerontologie TU Dortmund: www.ffg.tu-dortmund.de

Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls Universität Heidelberg:
www.gero.uni-heidelberg.de

Katholische Hochschule Mainz, Hochschule für Soziale Arbeit, Praktische Theologie, Gesundheit & Pflege: <https://www.kh-mz.de>

Katholischer Pflegeverband e. V. Landesgruppe Baden-Württemberg:
<http://www.kathpflegeverband.de/landesgruppen/baden-wuerttemberg/fuer-sie-vor-ort-ihre-ansprechpartnerinnen-und-ansprechpartner.html>

Klinikum am Steinenberg / Ermstaklinik, Reutlingen: www.kreiskliniken-reutlingen.de

Klinikum am Weissenhof: www.klinikum-weissenhof.de

Kur- und Klinikverwaltung für Reha in Bad Rappenau: www.kurbadrappenau.de

Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V.: www.kda.de

KWA Kuratorium Wohnen im Alter Parkstift St. Ulrich:
<https://www.kwa.de/standorte/baden-wuerttemberg/bad-krozingen/kwa-parkstift-st-ulrich/>

Landesarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe Rheinland-Pfalz e.V.: <http://lag-rheinland-pfalz.de>

Landesfamilienrat Baden-Württemberg: www.landesfamilienrat.de

Landesseniorenrat: www.landesseniorenrat-bw.de

Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e. V.: www.liga-bw.de

MediClin Bliestal Kliniken, Blieskastel: www.bliestal-kliniken.de

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz:
www.msagd.rlp.de

Paul Wilhelm von Keppeler-Stiftung: www.keppeler-stiftung.de

Projektbüro Ein-STEP – Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation: www.ein-step.de

PTHV gGmbH Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar Pflegewissenschaftliche Fakultät: www.pthv.de

Rathaus Mannheim; Fachbereich Arbeit und Soziales:
<https://www.mannheim.de/buerger-sein/mannheim-lebens-und-liebenswertestadt-seniorinnen-und-senioren>

Rathaus Stuttgart: <http://www.stuttgart.de/demografischerwandel>

RECOM GmbH (Fachverlag für Medizin und Pflege):
www.recom.eu/unternehmen/profil.html

Robert-Bosch-Krankenhaus, Klinik für Geriatrische Rehabilitation: www.rbk.de

Samariterstiftung: www.samariterstiftung.de

Sozialstation Südlicher Breisgau e.V.: www.sozialstation-suedlicher-breisgau.de

SPPS e. K. • Susanne Pletowski PflegeService: <http://www.sp-ps.de>

Türkische Gemeinde in Baden-Württemberg e. V.: www.tgbw.de

Universität Bielefeld: <https://www.uni-bielefeld.de>

Universität Bremen, Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften:
www.uni-bremen.de

Universität Witten/Herdecke: www.uni-wh.de

vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg: www.vdek.com/LVen/BAW.html

Ver.di Bundesvorstand: <https://www.verdi.de>

Waldburg-Zeil Kliniken: www.wz-kliniken.de

Verbändeanhörung:

Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e. V.: www.alzheimer-bw.de

AOK Baden-Württemberg: www.aok.de/baden-wuerttemberg

AWO Bezirksverband Baden e. V.: www.awo-baden.de

AWO Bezirksverband Württemberg e. V.: www.awo-wuerttemberg.net

B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg: www.arage-b52.de

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V.: www.bwkg.de

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege:
<https://www.bgw-online.de>

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa): www.bpa.de

Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e. V.:
www.caritas-rottenburg-stuttgart.de

Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e. V.: www.dicvfreiburg.caritas.de

Der Paritätische Wohlfahrtsverband Landesverband Baden-Württemberg e. V.:
www.paritaet-bw.de

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg:
www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg

Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Baden-Württemberg e. V.:
www.drk-baden-wuerttemberg.de

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Württemberg e. V.:
<https://www.diakonie-wuerttemberg.de>

Diakonisches Werk der Evangelischen Landeskirche in Baden e. V.:
www.diakonie-baden.de

Gemeindetag Baden-Württemberg: <https://www.gemeindetag-bw.de>

Israelitische Religionsgemeinschaft Baden: www.irg-baden.de

Israelitische Religionsgemeinschaft Württembergs: www.irgw.de

KAS – Konferenz der Altenpflegeschulen Baden-Württemberg: www.kas-bw.de

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: <https://www.kvbawue.de>

Landesfrauenrat Baden-Württemberg: www.lfrbw.de

Landespflegerat Baden-Württemberg: www.lpr-bw.de

Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker e. V.:
www.lvbwapk.de

Landesverband für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung Baden-Württemberg
e. V. : www.lv-koerperbehinderte-bw.de

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e. V.: www.lvpebw.de

Landkreistag Baden-Württemberg: www.landkreistag-bw.de

Städtetag Baden-Württemberg: www.staedtetag-bw.de

Unfallkasse Baden-Württemberg: www.uk-bw.de

ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Landesbezirk Baden-Württemberg:
<https://bawue.verdi.de>

wir pflegen – Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland:
www.wir-pflegen.net

Zentralrat der Muslime Baden-Württemberg: www.ig-bw.de

Gutachten:

Katholische Hochschule Freiburg: www.kh-freiburg.de

Der Landtag von Baden-Württemberg übernimmt keine Verantwortung für die Inhalte von externen Websites, auf die von www.landtag-bw.de verlinkt wurde.

Anhang 8**Abkürzungsverzeichnis**

AAL	Ambient Assisted Living (übersetzt: Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben)
ASMK	Arbeits- und Sozialministerkonferenz
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BWKG	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V.
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.
DNQP	Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRG	Diagnosis Related Groups (= diagnosebezogene Fallgruppen für ein pauschalisiertes Abrechnungsverfahren von Krankenhausfällen)
EVG	Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft
EX-IN	Experienced Involvement
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
HeimPersV	Verordnung über personelle Anforderungen für Heime
HKP	Häusliche Krankenpflege
HPG	Hospiz- und Palliativgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KVJS	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg
LHeimBauVO	Landesheimbauverordnung
LPersVO	Verordnung des Sozialministeriums über personelle Anforderungen für stationäre Einrichtungen (Landespersonalverordnung – LPersVO) vom 7. Dezember 2015 (GBl. S. 1253)
LPfIG	Landespfleugesetz

LSBTTIQ	Netzwerk Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transsexuelle, Transgender, Intersexuelle und Queere Menschen Baden-Württemberg
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MFW	Ministerium für Finanzen und Wirtschaft Baden-Württemberg
MLR	Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg
NEXT	nurses' early exit study (NEXT-Studie)
NRG	Nursing Related Groups
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragter, auch Qualitätsbeauftragte
PEPP	Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik
PNG	Pflege-Neuausrichtung-Gesetz
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) vom 18. Juni 2015 (BGBl. I S. 1368)
PSG I	Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222)
PSG II	Zweites Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424)
RN4Cast	Registered Nurse Forecasting
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SIS	Strukturierte Informationssammlung
SM	Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
SPV	Soziale Pflegeversicherung
TVöD	Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst
TV-L	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
VäMP	Studie zur „Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund“
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WTPG	Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz – WTPG) vom 20. Mai 2014 (GBl. S. 241)