

15. LANDTAG VON BADEN-WÜRTTEMBERG

Enquetekommission

„Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

Öffentlicher Teil

10. Sitzung

Freitag, 22. Mai 2015, 10:00 Uhr

Stuttgart, Plenarsaal

(Kunstgebäude)

Beginn: 10:02 Uhr

(Mittagspause: 13:00 bis 13:49)

Schluss: 16:29 Uhr

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

Teil I – öffentlich

– Anhörung: „Demenz, Behinderung und Psychische Gesundheit“ S. 1

Teil II – öffentlich

– Anhörung: „Gender, Kultursensibilität und Palliativpflege“ S. 60

Teil III – nicht öffentlich

– Allgemeiner Beratungsstoff (Punkte 1 bis 3).....(gesondertes Protokoll)



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

Öffentliche Anhörung
am Freitag, 22. Mai 2015, 10:00 Uhr,
Plenarsaal (Kunstgebäude)
„Demenz, Behinderung und Psychische Gesundheit“

Ablaufplan

Stand: 06.05.2015

Uhrzeit	Referent/in	Funktion/Institution
10:00	Manfred Lucha	Stellvertretender Vorsitzender der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“
10:10 bis 10:25	Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Kruse	Direktor im Institut für Gerontologie an der Universität Heidelberg
20 Minuten Fragerunde		
10:45 bis 11:00	Prof. Dr. habil. Thomas Klie	Professor für Rechts- und Verwaltungswissenschaften, Gerontologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg
20 Minuten Fragerunde		
11:20 bis 11:35	Albrecht Hegener	Leiter Kernteam III - Menschen mit Behinderung, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Baden-Württemberg e. V.
20 Minuten Fragerunde		
11:55 bis 12:10	Jutta Pagel-Steidl	Geschäftsführerin Landesverband für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung Baden-Württemberg e. V.
20 Minuten Fragerunde		
12:30 bis 12:45	Michael Theune	Pflegedienstleiter Case Management; 1. Vorsitzender der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. Klinikum am Weissenhof
20 Minuten Fragerunde		
13:05 Abschluss		



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

Öffentliche Anhörung
am Freitag, 22. Mai 2015, 13:45 Uhr,
Plenarsaal (Kunstgebäude)
„Gender, Kultursensibilität und Palliativpflege“

Ablaufplan

Stand: 20.05.2015

Uhrzeit	Referent/in	Funktion/Institution
13:45	Manfred Lucha	Stellvertretender Vorsitzender der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“
13:55 bis 14:10	Annegret Burger	Leitung und Koordination Ambulante Lebens- und Sterbebegleitung im Hospiz St. Martin
	Andreas Herpich	Bildungsreferent in der Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie für Bildung und Forschung, Hospiz Stuttgart
20 Minuten Fragerunde		
14:30 bis 14:45	Prof. Dr. Katharina Gröning	Professorin an der Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft, pädagogische Beratung und Diagnose unter besonderer Berücksichtigung der gesellschaftlichen Geschlechterverhältnisse
	Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin	Wissenschaftliche Mitarbeiterin Fakultät für Gesundheitswissenschaften/AG 3 Epidemiologie & International Public Health, Universität Bielefeld
20 Minuten Fragerunde		
15:05 bis 15:20	Heiderose Berroth	Diplom-Kaufmann, Schatzmeisterin und ehrenamtliche Kaufmännische Leitung, Hospiz Leonberg e. V.
20 Minuten Fragerunde		
15:40 bis 15:55	Gökay Sofuoğlu	Landesvorsitzender Türkische Gemeinde in Baden-Württemberg (TGBW) Bundesvorsitzender der Türkischen Gemeinde Deutschland (TGD)
20 Minuten Fragerunde		
16:15 Abschluss		

(Beginn des öffentlichen Teils: 10:02 Uhr)

Teil I – öffentlich

Anhörung: „Demenz, Behinderung und Psychische Gesundheit“

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Guten Morgen zusammen. Wir fangen an. Wir haben, wie immer, ein sportliches Programm. Herzlich willkommen zu unserer heutigen Anhörung zum Thema „Demenz, Behinderung und Psychische Gesundheit“. Ich darf Sie alle auch ganz herzlich vom Vorsitzenden Rüeck grüßen; er ist heute leider verhindert und hat mich als seinen Stellvertreter gebeten, Sie und uns heute durch diese sicher sehr spannende Anhörung zu führen. Ich verhehle nicht, dass mir dies heute ein besonderes Vergnügen ist, besteht doch in der Fragestellung der psychischen Gesundheit auch ein Rückgriff auf meine berufliche Herkunft. Aber auch die anderen Fragestellungen haben mich mein ganzes Berufsleben hindurch begleitet. Insofern passt das. Es war aber ursprünglich nicht so ausgemacht, dass ich Sie heute durch den Tag begleiten darf.

Ich begrüße auch Sie, die Zuhörerinnen und Zuhörer. Ich sehe auch eine Besuchergruppe. Ich begrüße die Kolleginnen und Kollegen.

Wir haben, wie immer, Leitfragen vorbereitet, die die Referentinnen und Referenten, die ich an dieser Stelle ebenfalls ganz herzlich begrüße, bearbeitet haben, um heute sehr gezielt einen weiteren Beitrag für die Enquetekommission zu leisten.

Wir beginnen mit der Fragestellung „Demenzielle Erkrankungen“. Da waren unsere Kernfragen: Verbleib im häuslichen Umfeld, Unterstützungsmaßnahmen, Technikhilfen, Belastung von pflegenden Angehörigen, Herausforderungen bei der Pflege von Menschen mit Demenz und Ausbildungsbedarfe bei den Pflegekräften.

In der Schnittstelle, bei der Fragestellung „Leben mit Behinderungen“: Bedarfsentwicklungsfragen, Angebotsformen, Unterstützungsmaßnahmen – immer aus dem Blickwinkel der Pflege, auch bezogen auf die Schnittstelle zu Teilhabe –, der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Feststellung des Hilfebedarfs, Personalgewinnung, Ausbildung und Akademisierung.

Bei der psychischen Gesundheit gibt es ganz besonders die folgenden Fragestellungen: Schärfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, spezielle Herausforderungen bei der Pflege, psychiatrische Pflege in der Wechselwirkung zum leistungsrechtlichen Bereich, Unterstützungsmaßnahmen und auch hier der Aus- und Weiterbildungsbedarf.

Sie sehen: Wir haben zum einen eine große Vielfalt, einen sehr individuellen, personenbezogenen Blick zu leisten, von der Systematik wie von der einzelnen Handlung her, und wir sprechen viele Schnittstellen zwischen Medizin und der Teilhabeaufgabe

an – also auch das, was wir, die Politik, Rahmenbedingungen nennen. Wir sind dafür verantwortlich, dass die Menschen im Land die Hilfen und Behandlungen erhalten, derer sie bedürfen. Dafür braucht es uns; dafür sitzen wir heute zusammen, um gemeinsam mit Ihnen die besten Ergebnisse zu erzielen.

Wir hatten bisher extrem intensive und gewinnbringende Anhörungen, und wir sehen heute, dass wir diese Tradition fortsetzen werden. Darum beende ich meine Vorrede und darf Sie, Herr Professor Dr. Kruse – Direktor des Instituts für Gerontologie an der Universität Heidelberg – bitten, den ersten Beitrag zu leisten. Herzlich willkommen und guten Morgen.

Sv. Herr Dr. Kruse: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Parlamentarier, sehr geehrte Damen und Herren! Wenn wir uns zum Thema Demenz Gedanken machen sollen, steht als Erstes die Frage nach den Möglichkeiten und den Grenzen der Prävention im Vordergrund, zum Zweiten die Frage nach dem Menschenbild, drittens die Frage, wie wir dieses Menschenbild in eine gute Rehabilitation bzw. Pflege integrieren können, und schließlich viertens die Frage, was das für die Versorgung von demenzkranken Menschen und ihren Angehörigen bedeutet.

Ich komme zum ersten Punkt. Wir unterschätzen zum Teil die Präventionsmöglichkeiten mit Blick auf Demenz, aber wir überschätzen sie auch. Das hat einfach damit zu tun, dass es sehr unterschiedliche Formen von Demenz gibt. Wenn Sie in Ihrem Bericht auf Demenz und auf die Versorgung demenzkranker Menschen zu sprechen kommen, ist es unerlässlich, dass Sie darauf hinweisen, dass es sehr verschiedenartige Formen von Demenz gibt. Bei dem Wort „Demenz“ haben wir es eigentlich mit einem Oberbegriff für eine Vielfalt von Erkrankungen zu tun. Je nachdem, an welcher Art von Demenz eine Person leidet, stellen sich die Präventions- und übrigens auch die Rehabilitationspotenziale und die Anforderungen an Pflege unterschiedlich dar.

Es wird beispielsweise mit Blick auf die Alzheimer-Demenz – das ist eine prominente Form der neurodegenerativen Demenz – immer wieder darauf hingewiesen, diese lasse sich prävenieren. Dem ist nicht so. Wir können bis heute keine Präventionsmöglichkeiten mit Blick auf das Auftreten einer Alzheimer-Demenz feststellen. Es gibt allerdings bemerkenswerte Präventionspotenziale mit Blick auf die Alzheimer-Demenz, wenn es darum geht, einen Beitrag dazu zu leisten, dass diese Erkrankung später symptomatisch wird bzw. dass der Symptomverlauf gelindert werden kann. Das ist ein wichtiger Punkt. Hier spricht man nicht mehr nur einfach von Prävention, sondern von einer tertiären Prävention, deren Ziel darin zu sehen ist, bei einer bestehenden Erkrankung alles dafür zu tun, dass die Krankheitssymptome möglichst spät auftreten, bzw. alles dafür zu tun, dass diese Krankheitssymptome moderiert, das heißt gelindert werden, was uns in den früheren Stadien der Alzheimer-Demenz durchaus gelingt.

Bei den gefäßbedingten, den vaskulären Demenzen ist das Präventionspotenzial sehr hoch. Ein zentraler Risikofaktor der gefäßbedingten Demenzen ist die Arteriosklerose. Die Arteriosklerose – also eine Gefäßschädigung – hat sehr viel auch mit dem Lebens-

stil zu tun, sodass wir sagen können: Wenn es uns gelingt, die Arteriosklerose aufgrund einer guten Prävention zu vermeiden, dann haben wir auf diese Art und Weise auch dazu beigetragen, dass die Anzahl bzw. der Anteil demenzkranker Menschen zurückgeht. Es gibt mittlerweile sehr gute, auch neueste Befunde, die deutlich machen, dass wir davon ausgehen können, dass der Anteil demenzkranker Menschen – und selbstverständlich auch die Anzahl – erkennbar reduziert werden kann, wenn es uns gelingt, Lebensstile zu beeinflussen, die ihrerseits Risikofaktoren für eine gefäßbedingte Demenz darstellen, genauso wie diese Lebensstile ja auch Risikofaktoren für einen Schlaganfall darstellen. Denken Sie beispielsweise an einen übermäßigen Alkoholkonsum, fehlerhafte Ernährung, mangelnde Bewegung und Tabakmissbrauch; das sind alles Risikofaktoren, die dazu beitragen können, dass Gefäßschädigungen aufgebaut werden und diese Gefäßschädigungen ihrerseits dann zu gefäßbedingten Demenzen führen.

Mit anderen Worten: Wenn Sie über die Anforderungen der demenziell erkrankten Menschen und ihrer Angehörigen mit Blick auf Rehabilitation und vor allem mit Blick auf Pflege schreiben, sollten Sie unbedingt zwischen den verschiedenen Formen von Demenz differenzieren und darstellen, dass wir in der Bundesrepublik Deutschland im öffentlichen Diskurs eine hochgradig differenzierte Auseinandersetzung mit den verschiedenen Formen der Demenz und den gegebenen Präventionspotenzialen benötigen.

Das ist übrigens auch für die Pflege wichtig. Denn es gibt ja eine Komponente von Pflege, die sich „Gesundheitspflege“ nennt, also eine Pflege, die vor allem die Präventionspotenziale stark in den Vordergrund rückt, und gerade mit Blick auf die gefäßbedingten Demenzen hätten wir solche Präventionspotenziale.

Wenn Sie über Demenz schreiben, sollten Sie aber auch den Aspekt der tertiären Prävention stark betonen, der eigentlich auch einen Kernbereich der professionellen Pflege berührt – nämlich dass es unser Ziel sein muss, durch Aktivierung, durch gute Medikation, aber auch durch nicht medikamentöse Maßnahmen dazu beizutragen, dass das Auftreten der Symptome bei einer neurodegenerativen Demenz deutlich nach hinten geschoben wird bzw. dass, wenn die Symptome auftreten, diese – vielleicht sogar über mehrere Jahre – erkennbar gelindert werden können. Die kognitiven Symptome – also jene, die unser Denken, unser Gedächtnis, unser Lernen betreffen – genauso wie die Verhaltenssymptome, also jene, die unser Verhalten im Alltag, aber auch unser Erleben betreffen.

In diesem Zusammenhang können wir durchaus konstatieren: Wenn es uns gelingt, demenzkranke Menschen – auch vermittelt durch Angehörige bzw. Nachbarschaft, Freunde, bürgerschaftliches Engagement – in hohem Maß kognitiv, körperlich, sozial und emotional zu aktivieren, wenn wir sie in natürlichen Beziehungen und Bezügen belassen, dann können wir erheblich dazu beitragen, dass die demenzkranken Menschen länger ihre Verhaltenskompetenz, ihre kognitive Kompetenz, ihre Orientierung aufrechterhalten, und wir können auch dazu beitragen, dass die Lebensqualität, das Wohlbefin-

den von demenzkranken Menschen und ihren Angehörigen erkennbar länger bestehen bleibt.

Sie müssen immer im Auge haben: Bevor eine neurodegenerative Demenz, vor allem eine Alzheimer-Demenz, symptomatisch wird, hat sie eine Laufzeit von 15 bis 20 Jahren. Das heißt: Wir leiden über viele Jahre an einer Erkrankung, ohne zu wissen, dass wir erkrankt sind. Nach und nach tritt dieses Krankheitsgeschehen dann auch durch Symptomgestaltung in das Zentrum. Die Symptome schleichen sich allmählich ein, und allmählich spüren wir Veränderungen im Verhalten der betreffenden Person. Das spüren zuvörderst die Angehörigen. Spätestens hier ist eine rechtzeitige Diagnostik notwendig; spätestens hier ist es bedeutsam, dass wir demenzkranken Menschen und ihren Angehörigen vermitteln, dass sie durch eigene Aktivitäten, durch das Eingebundensein in soziale Netzwerke, durch den Beziehungsaspekt erheblich dazu beitragen können, dass der Symptomverlauf moderiert, also in Teilen auch wirklich abgeschwächt wird – nur für eine bestimmte Zeit –, und dass man eben erheblich dazu beitragen kann, sich die Lebensqualität und das Wohlbefinden immer und immer wieder neu herzustellen.

Meine Damen und Herren, einer der zentralen Punkte bei der pflegerischen und übrigens auch medizinisch-rehabilitativen Begleitung von demenzkranken Menschen ist eben, dass wir deutlich machen, dass auch bei dieser Erkrankung ein Selbstgestaltungspotenzial gegeben ist. Das ist seinerseits natürlich auch daran gebunden, dass diese Menschen immer in Beziehungen leben. Darauf wird später noch einzugehen sein. Der Beziehungsaspekt – das heißt, in Beziehungen zu leben – ist ja für die demenzkranken Menschen über den gesamten Verlauf der Demenz von essentieller Bedeutung.

Ein zweiter Punkt: Wenn wir uns zum Thema der Demenz und hier vor allem auch der pflegerischen Versorgung äußern, muss noch einmal das wiederholt werden, was eben schon mehrfach angedeutet wurde: Die Versorgung demenzkranker Menschen ist in hohem Maß auch eine aktivierende, eine rehabilitationsorientierte Versorgung. Wenn Sie über Pflege bei Demenz sprechen, sollten Sie bitte immer den Aspekt der Rehabilitation bei sich haben. Pflege versteht sich ja auch im Kern als ein Tun, das aktiviert, das stimuliert, das motiviert. In der Altersforschung würden wir sagen: Das kann man alles sehr gut mit dem Begriff der Rehabilitation verbinden, sodass wir im Kontext der Versorgung demenzkranker Menschen auch sehr darauf aus sind, dass wir die klassische Pflege immer wieder verbinden mit bestimmten Disziplinen, die für die Rehabilitation konstitutiv sind. Denken Sie beispielsweise an die Physiotherapie, denken Sie an die Ergotherapie, denken Sie an die Logopädie.

Das heißt: Die Pflege sollte in der Tat ihrerseits eine stark rehabilitative Orientierung aufweisen, um die Ressourcen, das heißt die noch bestehenden Fähigkeiten und Fertigkeiten demenzkranker Menschen, zu erkennen und systematisch zu stimulieren. Die Pflege sollte sich aber – das ist auch leistungsrechtlich sehr wichtig – auch immer wieder verbinden mit klassischen Disziplinen der Rehabilitation, um auf diese Art und Wei-

se ein gutes aktivierendes, kompensierendes – wenn wir bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten bleibend verloren haben – bzw. stimulierendes und motivierendes Konzept zu realisieren.

Drittens: Wenn wir über Demenz sprechen, meine Damen und Herren, sind wir natürlich zuvörderst mit unserem Menschenbild konfrontiert. Unser Menschenbild ist vielfach orientiert an einem Individuum, das über optimal ausgeprägte kognitive Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügt. Wir begreifen das Individuum, das Subjekt, die Autonomie des Subjekts primär von seinen kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten her und neigen dazu, zahlreiche andere Aspekte, die ebenfalls Personen konstituieren – die emotionale Welt, die empfindungsbezogene Welt, die sozialkommunikative Welt, die alltagspraktische Welt, die körperliche Welt – zu vernachlässigen.

Wenn Sie über Demenz schreiben, dann thematisieren Sie bitte ausführlich das Menschenbild, an dem wir uns orientieren, wenn wir über Therapie, Pflege und Rehabilitation bzw. auch soziale Arbeit und psychologische oder seelsorgerliche Begleitung nachdenken. Das Menschenbild darf keinesfalls nur auf die kognitiven Leistungen eines Menschen reduziert sein, sondern muss die Vielfalt der Person, die Vielfalt der Merkmale einer Person ausdrücklich im Auge haben und ausdrücklich berücksichtigen. Das ist sehr wichtig, weil mit zunehmender Krankheitsdauer bei einem demenzkranken Menschen die Frage der Emotionalität, der Empfindungswelt, der sozialkommunikativen Beziehungen, des alltagspraktischen Handelns und der körperlichen Konstitution immer stärker in den Vordergrund tritt.

Wir sagen das ja auch demenzkranken Menschen, wenn die Diagnose gestellt wird, wenn der Befund diskutiert wird. Wir sagen ihnen: „Schau, dass du die Vielfalt deiner Person wahrnimmst und lebst“ – weil gerade diese emotionalen, empfindungsbezogenen und anderen eben schon genannten Ressourcen immer bedeutsamer werden. Das ist für die Pflege essentiell: uns nicht nur auf die kognitiven Fähigkeiten – später würden wir sagen: die kognitiven Restfähigkeiten – zu konzentrieren, die natürlich auch sehr wichtig und für die Orientierung sehr bedeutsam sind, sondern eben auch die anderen eben genannten Aspekte des Menschseins anzusprechen. Das heißt: Ein derartiges Konzept der Pflege, der Rehabilitation, der Begleitung, der Betreuung muss umfassend angelegt sein.

Viertens: Wenn wir über pflegerische Betreuung sprechen, dann differenzieren wir gerade mit Blick auf den demenzkranken Menschen gern zwischen dem professionellen, hauptamtlichen Kernbereich der Pflege – das könnte man beispielsweise im klassischen Sinne auch als „cure“ beschreiben, also eine Pflege, die auf Wiederherstellung, auf Kompensation, auf Verbesserung ausgerichtet ist durch die genannten Instrumente der Aktivierung, Motivation, Stimulation und Rehabilitation – und einem anderen Bereich, den man mit „care“, mit „Sorge“ umschreiben könnte. Demenzkranke Menschen zu begleiten, zu versorgen und zu pflegen, ist nicht nur eine Aufgabe des Kernbereichs der Pflege, sondern natürlich auch eine Aufgabe des weiteren Bereichs der Pflege, der vor

allem durch Familienangehörige, aber eben auch durch bürgerschaftliches und nachbarschaftliches Engagement übernommen wird.

Meine Damen und Herren, demenzkranke Menschen brauchen nicht nur eine gute Aktivierung und damit das, was den Kernbereich der Pflege konstituiert, sondern auch Anregungen, Stimulation, Bezogenheitserfahrungen über den gesamten Alltag, und das kann nicht allein eine „hauptamtliche“, professionelle Pflege leisten, sondern hier ist natürlich die Gesellschaft, sind soziale Netzwerke in ihren Verantwortungsbezügen aufgerufen. Es geht also darum, dass wir demenzkranke Menschen ungleich stärker in den Alltag integrieren und sozusagen als Gesellschaft Verantwortung übernehmen. Das ist bedeutsam: diese zwei zentralen Verantwortungsbereiche von Pflege und Betreuung zu differenzieren.

Fünftens: Wir gehen davon aus, dass die heutigen Finanzströme der Pflegeversicherung deutlich weiter ausdifferenziert werden müssten und dass auch Kommunen viel stärker von den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung profitieren müssten, und dies mit dem Ziel, dass Kommunen sehr viel mehr Steuerungsfunktionen mit Blick auf Pflege übernehmen, dass sie aber auch Steuerungsfunktionen in der Hinsicht übernehmen, dass sie Plattformen schaffen für bürgerschaftliches Engagement, damit das bürgerschaftliche bzw. freiwillige Engagement, das geleistet werden will, auch dort ankommt, wo es unbedingt erforderlich ist. Diese Koordinationsfunktion können Kommunen aber nur dann wahrnehmen, meine Damen und Herren, wenn sie entsprechende Leistungen erhalten. Ein Teil dieser Leistungen sollte durch die soziale Pflegeversicherung finanziert werden, die wir uns nicht länger als eine eher atomistische Versicherung vorstellen dürfen, die in die einzelnen Haushalte hineingeht, sondern als eine, die den solidarischen Gedanken noch stärker macht, indem sie Kommunen fördert.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Herr Professor Dr. Kruse. So etwas nennt man eine echte Punktlandung, sekundengenau.

Sv. Herr Dr. Kruse: Wir sind genau auf die Sekunde fertig. Ich habe gesagt: Ich enttäusche Sie nicht.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Meinen großen Respekt. Sie haben sozusagen den Benchmark für den heutigen Tag gesetzt.

Ich darf nun die Kollegin Dr. Engeser um die erste Frage bitten.

Abg. Dr. Marianne Engeser CDU: Herr Professor Kruse, vielen Dank für Ihren ansteckenden und nachdenklich machenden Vortrag. – Sie sprechen davon, dass die Pflege

von demenziell Erkrankten Zeit, Geduld, Menschenliebe erfordert und wir die Menschenwürde in diesem Zusammenhang nie aus dem Blick verlieren dürfen. Wie kann es uns gelingen, das, was Sie im Großen als Prävention und Aufklärung beschreiben, besser in die Fläche zu bringen? Wie kann es uns gelingen, auch das familiäre Umfeld so zu stärken, dass man hier richtig reagiert und die Beziehungsarbeit funktioniert? Wie stellen Sie sich das vor, in der Kommune die Netzwerke besser zu stärken oder erst einmal aufzubauen? Denn ich denke, die Zahl der Erkrankten wird in der Folgezeit zunehmen. Wir, die Gesellschaft, müssen uns besser hierauf einstellen.

Sv. Herr Dr. Kruse: Absolut.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Ich habe Ihnen die Spielregeln nicht erklärt. Wir sammeln zuerst die Fragen. Ich weiß nicht, ob Sie vielleicht noch etwas zum Schreiben brauchen.

Sv. Herr Dr. Kruse: Wenn es nicht zu viele Fragen sind, geht das.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Okay.

Sv. Herr Dr. Kruse: Kann man vielleicht in der Mitte – vielleicht nach fünf Fragen – eine kleine Zäsur machen?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Wir machen eigentlich immer eine Fragerunde durch, und dann machen wir die zweite.

Sv. Herr Dr. Kruse: Das geht. Wunderbar.

(Abg. Dr. Marianne Engeser CDU: Ich habe die Frage aufgeschrieben!)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Gut. – Kollegin Schneidewind-Hartnagel.

Abg. Charlotte Schneidewind-Hartnagel GRÜNE: Sehr geehrter Herr Professor Kruse, ich habe eine Frage zur stationären Versorgung: Sehen Sie in der stationären Versorgung die Medikation sowie die Versorgung und Betreuung von Demenzkranken gewährleistet? Wenn nicht, was können wir tun, um dort die Situation zu verbessern?

Ich habe noch eine zweite Frage: Wie beurteilen Sie die Versorgung von demenziell Erkrankten in Pflegeheimen durch Fachpersonal bzw. durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie durch Neurologinnen und Neurologen? Es würde mir sehr weiterhelfen, wenn Sie uns dazu eine Einschätzung von Ihrer Seite aus geben könnten.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herr Hinderer.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Herr Professor Kruse, vielen Dank für den lebendigen und anschaulichen Vortrag. – Zu Ihren letzten Ausführungen – Kommune als Koordinator für die Pflegearbeit bezogen auf demenzkranke Menschen – hätte ich eine Frage: Gibt es da bereits Erfahrungen, Best-Practice-Modelle, vielleicht auch aus dem Ausland?

Es gibt das Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG. Geht das in die richtige Richtung, oder muss da noch einmal nachjustiert werden?

Vielleicht könnten Sie noch einen Satz zur Umstellung der Finanzierungsmodalitäten – Pflegeversicherung – sagen. Wie stellen Sie sich das vor, als ein bestimmtes Budget – gemessen an der Einwohnerzahl oder an der Zahl pflegebedürftiger Menschen –, das für die Koordinationsaufgaben zur Verfügung gestellt wird?

Danke.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Hinderer. – Lieber Herr Haußmann.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Herr Professor Kruse, drei Stichworte. Erstens: Die Herausforderung der Prävention im Bereich der Demenz haben Sie ja sehr ausführlich und eindrucksvoll dargestellt. Wie bewerten Sie das Thema Prävention im Bereich der Pflegebedürftigkeit? Das wäre noch ein Stichwort. Also: Gelingt die Prävention bei der Pflegebedürftigkeit etwas besser?

Vielleicht könnten Sie noch ein Stichwort zu demenziell erkrankten Menschen mit Behinderungen sagen. Dies ist auch eine besondere Herausforderung.

Es gibt ja immer wieder die Diskussion: Sollten wir Pflegebedürftige mit Demenz in der stationären Pflege in eigene Bereiche nehmen oder eher die integrierende Struktur vorsehen? Vielleicht können Sie dazu auch noch einmal etwas sagen.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Haußmann. – Herr Professor Dr. Kruse, jetzt sind Sie dran.

Sv. Herr Dr. Kruse: Jetzt geht's los?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Jawohl.

Sv. Herr Dr. Kruse: Genau. Und dann käme die zweite Fragerunde? Ist das so?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Wenn es noch eine gibt.

Sv. Herr Dr. Kruse: Wenn es noch eine gibt.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Da sind Sie Herr des Verfahrens.

Sv. Herr Dr. Kruse: Wunderbar, ich danke Ihnen schön.

Frau Dr. Engeser, Sie haben zwei Punkte angesprochen – den Punkt der Menschenwürde, der mir in diesem Zusammenhang auch als sehr wichtig erscheint, weil er im Grunde genommen politisches und ethisch-normatives Handeln systematisch miteinander verbindet, und dann das Zweite: Wie können wir uns solche Sorgestrukturen für die Zukunft vorstellen, auch in der Kommune, vor allem, wenn man das auch mit der Prävention verbindet?

Das Erste, was ich an dieser Stelle ausdrücklich aufgreifen und unterstreichen will, ist, dass für uns die Menschenwürde überhaupt nicht verhandelbar ist, sondern dem Menschen qua Mensch gegeben ist und dass uns gerade die Auseinandersetzung mit einem demenzkranken Menschen dafür sensibilisiert, bei der Frage, wie wir mit der Menschenwürde umgehen, immer wieder zu bedenken, dass der Außenstehende die Würde des anderen nicht zu qualifizieren hat.

Das ist deswegen bedeutsam, weil es für uns völlig undenkbar wäre, wenn beispielsweise ein Mediziner oder eine Medizinerin sagen würde: „Das ist keine Menschenwürde mehr.“ Das bemisst sich nicht an der Vorstellung jener Person, über die gesprochen wird, sondern das bemisst sich vielfach an den Vorstellungen des Mediziners, der Medizinerin oder der Pflegefachkräfte, die diese Aussage treffen. Das ist ein sehr wichtiger Punkt; das wird uns ja vor allem in den Spätphasen der Demenzerkrankung immer deutlicher erfahrbar.

Das Zweite, was Sie ansprechen, sind diese Sorgestrukturen in den städtischen Quartieren, aber natürlich vor allem auch auf dem Land. Sie selbst haben die Aussage getroffen, dass in Zukunft die Zahl der demenzkranken Menschen erkennbar ansteigen wird. Dem wird so sein, denn Demenz ist immer korreliert mit der Lebenserwartung, die wir verwirklichen. Zum Zweiten haben wir natürlich auch zu bedenken, dass in Zukunft die heute noch sehr stark ausgeprägte Familienressource immer weiter zurückgehen wird. Deswegen sagen wir – das könnte, glaube ich, auch für Ihren Bericht ganz spannend sein –: Wir werden eine klare Differenzierung zwischen bestimmten Bereichen der professionellen Begleitung demenzkranker Menschen auf der einen Seite und der mehr nachbarschaftlichen, gesellschaftlich-bürgerschaftlichen Begleitung auf der anderen Seite herstellen müssen. Hier brauchen wir auf jeden Fall eine koordinative Funktion. Diese koordinative Funktion könnten wir beispielsweise durchaus bei den Kommunen sehen; darauf wird ja später noch einzugehen sein.

Wenn man das jetzt nun mit dem Thema Prävention verbindet, dann würde es natürlich letzten Endes auch um die Frage gehen, inwiefern wir bei den präventiven Ansätzen, die ja durchaus auch krankenkassenfinanziert sein können – denken Sie an das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch –, auch Krankenkassenleistungen stärker machen müssen. Wenn es beispielsweise um die Prävention bei einem demenzkranken Menschen geht

und im Vordergrund steht, den Symptomverlauf zu moderieren, den Verlauf möglicherweise auch immer weiter hinauszuschieben, ist das eine zentrale Präventionsleistung.

Zum Zweiten: Es geht natürlich auch um die Prävention psychischer Erkrankungen bzw. psychischer Störungen bei pflegenden oder versorgenden Angehörigen. Das ist eine wichtige Präventionsleistung.

Drittens schließlich könnte man sich sehr gut überlegen, dass Menschen, die bürgerschaftlich, freiwillig engagiert sind, natürlich auch einen gewissen Anreiz im Blick auf ihre eigene Gesundheit bekommen. Auch da könnte die Prävention eine wichtige Rolle spielen.

Worum es mir also geht, ist, darzulegen, dass wir auf der einen Seite die gesellschaftliche Verantwortung, die soziale Netzwerkverantwortung stark machen – das wird für uns, wenn wir über den demografischen Wandel sprechen, eine immer größere Komponente werden –, aber dass wir zum anderen auch die Instrumente, auch die leistungsrechtlichen Instrumente – in diesem Fall habe ich in der Tat die Prävention, vielleicht sogar auch die Rehabilitation im Auge – sehr viel stärker ausnutzen. Die Prävention mit Blick auf den Demenzkranken, mit Blick auf die bürgerschaftlich Engagierten, vor allem auch auf die Familienangehörigen. Aber wir könnten beispielsweise auch das Instrument der Rehabilitation stark machen – gar nicht einmal unbedingt aus Mitteln der Pflegeversicherung, sondern aus Mitteln der Krankenversicherung, die darauf zielen, demenzkranke Menschen möglichst lange in ihrer Selbstständigkeit, in ihrer Autonomie, in ihrer Bezogenheit zu schützen bzw. zu erhalten. Wir wissen aus der Forschung, dass gerade der Aspekt der Selbstständigkeit, der Selbstverantwortung, der Bezogenheit, der aufrechterhaltende Aspekt von essentieller Bedeutung für die Lebensqualität Demenzkranker und ihrer Angehörigen ist. Das wären so die Punkte.

Sie, Frau Schneidewind-Hartnagel, hatten mit Ihrer Frage vor allem die stationären Einrichtungen adressiert. Sie fragten: Wie sieht das Zueinander von pharmakologischer und nicht pharmakologischer Behandlung aus, und wie sieht überhaupt die gerontopsychiatrische und gerontoneurologische Expertise aus? Ich glaube, das ist ein essentieller, problematischer Tatbestand. Es gibt eine gute gerontopsychiatrische und gerontoneurologische Diagnostik, aber die entsprechende Therapie bzw. therapiebegleitete Pflege eher nicht. Das heißt: Wir gehen sehr von dem Ziel aus, das wir definieren müssen, dass wir im ambulanten Bereich, aber natürlich vor allem im stationären Bereich, weil wir dort mit Blick die Grundgesamtheit natürlich mit einer noch deutlich höheren Anzahl von demenzkranken Menschen konfrontiert sind, im Bereich der Diagnostik eine ungleich bessere gerontopsychiatrische und gerontoneurologische Expertise benötigen.

Viele Menschen werden als demenzkrank eingestuft, und es ist nie eine Diagnostik erfolgt. Ich habe mich gerade am letzten Wochenende ausführlich mit dem Schicksal einer Heimbewohnerin auseinandergesetzt, die als demenzkrank eingestuft wurde, die aber keine Demenzerkrankung hatte, sondern das, was wir in der Psychopathologie ein Kontaktmangelparanoid nennen, mit ganz lebendiger Halluzination und zum Teil auch

Wahnbildungen. Diese Frau war nicht demenzkrank. Wenn Sie mit einem Kontaktmangelparanoid konfrontiert sind, ist das auch therapeutisch und pflegerisch etwas ganz anderes, als wenn Sie mit einer Person konfrontiert sind, die demenzerkrankt ist.

Ich würde Ihnen in der Tat sagen: Wir brauchen gerade mit Blick auf die psychiatrische und neurologische Expertise eine ganz andere Ausstattung, sehr viel kontinuierlichere Besuchsdienste in den stationären Einrichtungen, was mich ja bisweilen auch dazu bringt, dem Konstrukt des Heimarztes eine sehr viel größere Bedeutung zu geben. Wenn Sie mit einem Heimarzt zu tun haben, der in der Psychiatrie, Neurologie und Allgemeinmedizin gute Kenntnisse aufweist, kann das eine sehr, sehr wichtige Größe sein.

Diese psychiatrisch-neurologische Expertise müsste dann natürlich in viel stärkerem Maß auch der Pflege zur Verfügung gestellt werden. Ich halte viel davon, dass Therapie und Pflege in einem ganz intensiven Austausch miteinander stehen. Wenn das realisiert werden könnte, wäre das sicherlich sehr gut und auch sehr wichtig für die Lebensqualität und das Wohlbefinden demenzkranker Menschen und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege.

Was die Pharmakotherapie angeht, ist mittlerweile ein ganz guter Konsens in der Versorgungsforschung, dass man sagt: Die Pharmakotherapie, wenn sie wirklich sehr verantwortlich eingesetzt wird – – Das ist ein entscheidender Punkt. Es darf kein Pharmakon gegeben werden, um unruhige Menschen ruhig zu machen oder unbequeme Bewohnerinnen und Bewohner bequem zu machen. Das wäre ein großer Verstoß gegen fachliche Prinzipien genauso wie gegen die Menschenwürde. Aber wenn wir eine sehr differenzierte Pharmakotherapie haben, beispielsweise wenn es um die Frage geht, wie wir die kognitive Leistungsfähigkeit, die Orientierungsfähigkeit und die Mobilität länger erhalten können, dann ist es bedeutsam, dass wir diese Pharmakotherapie in ihrem Ergänzungsverhältnis zu den nicht pharmakologischen Interventionsmaßnahmen sehen. Es ist eigentlich mittlerweile bekannt: Wenn eine gute Pharmakotherapie durch gute Formen körperlicher, kognitiver, sozialer Aktivierung und emotionaler Stimulation begleitet ist, dann ist das optimal.

Aber die gute Pharmakotherapie erfordert einen Allgemeinmediziner oder eine Allgemeinmedizinerin mit großen Kenntnissen im Bereich der Demenzkrankenversorgung und überhaupt im Bereich der Versorgung psychisch Erkrankter und als Hintergrund mindestens auch die kontinuierliche gerontopsychiatrische und gerontoneurologische Expertise. Wenn das geleistet würde, würden wir einen substanziellen Beitrag zur Förderung der Lebensqualität Demenzkranker, ihrer Angehörigen und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege leisten können. So wäre meine Antwort.

Herr Hinderer, Sie hatten sich erstens mit der Frage an mich gewandt: Wie stellt man sich das mit der Pflegeversicherung konkret vor? Sie haben die Bund-Länder-Kommission genannt, welche Vorschläge die dort unterbreitet. Ich hatte einmal die Möglichkeit, als Vorsitzender der Altenberichtscommission der Bundesregierung vor der

Bund-Länder-Kommission vorzutragen und die Überlegungen der Altenberichtskommission sehr differenziert darzulegen. Ich war eigentlich von dem Diskussionsstand der Bund-Länder-Kommission beeindruckt, vor allem auch von der Bereitschaft vieler in der Kommission, das Modell der Optionskommunen einzuführen, und das haben wir ja jetzt. Die Überlegungen gehen ja dahin, dass man Optionskommunen benennt. Die Zahl 60 ist schon einmal genannt worden. Es gibt sehr viele Kommunen, die bereit sind, hier optional tätig zu werden. Ich finde dieses Modell gut, weil wir auf diese Art und Weise erst einmal empirisch prüfen können, ob das Modell der Optionskommunen, die jetzt ihrerseits die Verantwortung für den ganzen Bereich der Pflege und auch die Steuerungsfunktionen übernehmen, dem heute bestehenden Modell, in dem diese Steuerungsfunktionen weitgehend im Bereich der Pflegeversicherung sind, überlegen sein wird.

Wie stellen wir uns die Ausdifferenzierung der Pflegeversicherungsbeiträge vor? Ich glaube, hier müssten wir im Grunde genommen zwei empirische Orientierungspunkte wählen. Der eine wäre, dass wir uns einfach einmal anschauen: Wie hoch war die Anzahl pflegebedürftiger Menschen in der Kommune in den letzten Jahren? Wir würden sozusagen eine Verlaufsmessung machen. Ich halte von diesen Verlaufsmessungen eine ganze Menge, weil man nämlich dann auch sehr schön abbilden kann, in welcher Relation in einer bestimmten Kommune die Veränderungen des Bevölkerungsaufbaus – Stichwort: zunehmend ausgeschöpfte potenzielle Lebenserwartung auf der einen Seite und das Risiko des Auftretens demenzieller Erkrankungen oder der Pflegebedürftigkeit auf der anderen Seite – stehen. Das kann man meines Erachtens sehr gut durch Verlaufsmessungen machen.

Und zum anderen: Wenn die Kommune die Steuerungsfunktion hat, wird es natürlich der Kommune auch bekanntgemacht, wenn wir bei einer Person eine Pflegebedürftigkeit bzw. ganz spezifische Diagnosen, die mit Pflegebedürftigkeit assoziiert sind, festgestellt haben.

Ich glaube, aus beiden empirischen Daten könnte man in der Tat einen Betrag x definieren, der der Kommune zur Verfügung gestellt wird, um diese Steuerungsfunktion zu übernehmen.

Wie hoch der Anteil nun ist, der aus der Pflegeversicherung dort hineinfließt, das, glaube ich, müssten politische Entscheidungsträger, das müssten Parlamentarier klären, natürlich nachdem man sich noch einmal sehr viel Expertise herangeholt hat. Für mich wäre eine solche Finanzierung wie folgt zu denken: Wir geben sozusagen in den Individualhaushalt, aber wir geben nicht mehr wie bislang voll umfänglich, sondern wir würden eben sagen: Die Kommune hat unbedingt zu partizipieren.

Solche Modellprojekte können Sie zum Teil in den nordeuropäischen Ländern finden. Sie können sie auch in Frankreich finden, wo der Pflegegedanke sehr stark mit einzelnen Kommunen assoziiert ist – in der Hinsicht nämlich, dass Kommunen auch Verantwortungsfunktionen übernehmen. Ich habe den Eindruck, das ist eigentlich eine gute

Sache. Ich bin da deswegen so optimistisch, weil wir im Grunde genommen auf der einen Seite Pflegebedürftige bzw. die Haushalte oder die stationären Einrichtungen nicht mehr nur als atomistische Gebilde betrachten und zum Zweiten in der Tat auch sagen: Die Verantwortung für Menschen kann sehr viel mehr in den Gesamtbereich der Kommune gelegt werden.

Ich glaube, das waren die beiden Punkte.

Herr Haußmann, Sie hatten den ganzen Bereich Behinderung bzw. auch Behindertenhilfe und die Frage, inwiefern wir bei Menschen mit Behinderungen ein höheres Pflege- bzw. Demenzrisiko beobachten können, angesprochen.

Ich gehe zuerst auf die letzte Frage ein. Wir haben viel Forschung gemacht, sehr umfassend unterstützt – das möchte ich hier ausdrücklich würdigen – durch die Robert Bosch Stiftung, die damals sehr weitblickend war und sagte: Da muss wirklich eine praxisnahe Forschung gemacht werden. Wir haben viel Forschung gemacht zur Frage der Lebensqualität, der psychischen und körperlichen Gesundheit von älteren oder alten Menschen mit Downsyndrom. Von daher ist mir der Themenbereich Ihrer Frage sehr präsent. Für uns war ganz wichtig: Bekommen eigentlich Menschen mit einem Downsyndrom früher eine Demenz? Diese Frage können wir vollumfänglich bejahen. Das Risiko der Demenzerkrankung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung ist erkennbar erhöht.

Das bedeutet, dass wir natürlich gerade im Bereich der Heilerziehungspflege bzw. der Behindertenhilfe oder der Behinderteneinrichtungen hochsensibel sein müssen für Prävention und Rehabilitation, auch mit Blick auf die Vermeidung demenzieller Erkrankungen bzw. die positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs.

Da kommt uns – da werden Sie jetzt bei mir ein Plädoyer für die Prinzipien der Heilerziehungspflege bzw. auch der Behindertenhilfe finden – natürlich das Konzept der Behindertenhilfe sehr entgegen. Die Behindertenhilfe versteht sich ja in hohem Maß als eine teilhabeorientierte Disziplin. Ich denke, diese ganzen Aspekte von Teilhabeförderung bzw. Teilhabestärkung könnten wir ganz wunderbar nicht nur für Menschen, die eine geistige oder andere Behinderung haben, fruchtbar machen, sondern ganz allgemein viel stärker in die Pflege einbauen.

Ich bin auch der Meinung, dass die Neukonzeption – das haben Sie angesprochen – des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch Anleihe bei der Teilhabeorientierung genommen hat, wie wir diese im Bereich der Behindertenhilfe finden. Mein Plädoyer geht eigentlich dahin, dass wir den gesamten Bereich der Pflege erstens, was die Pflegekompetenzen angeht, zweitens aber, was die Finanzierung angeht, noch deutlich stärker an die Grundprinzipien der Behindertenhilfe anlehnen bzw. uns daran orientieren.

Ich glaube, das war der Punkt, den Sie thematisiert hatten. Dann hätten wir noch 21 Sekunden Zeit.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Ja, genau. – Kollegin Wölfle, noch eine ganz kurze Frage, und dann eine sehr prägnante Antwort.

Sv. Herr Dr. Kruse: Das ging gegen mich.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Nein, gar nicht. Das war alles prägnant. Das würde ich mir nie erlauben. – Bitte schön.

Abg. Sabine Wölfle SPD: Ich wollte ganz gern noch einmal an das anschließen, was Sie zum Schluss gesagt haben. Man weiß: Gerade für Menschen mit Downsyndrom ist die Lebenserwartung deutlich kürzer als für andere Menschen mit geistiger Behinderung; da kann man teilweise schon mit 40 Jahren mit Demenz rechnen. Sie haben jetzt angesprochen, dass das verschiedentlich auch schon mit einbezogen wird. Aber in den Werkstätten scheint das ein großes Problem zu sein, weil oftmals die Eltern nicht mehr leben. Es sind ja oft auch schon etwas ältere Eltern, wenn das Kind zur Welt kommt. Sie wissen manchmal nicht, was mit Menschen mit Downsyndrom passiert, wenn sie Demenz haben. Die Pflegeheime nehmen sie zum Teil nicht auf. Ich glaube, auf diese Frage haben wir keine Antworten. Haben Sie sich einmal näher damit beschäftigt?

Sv. Herr Dr. Kruse: Ja. Wir haben zum Gesamthema der Behinderung einen sehr umfangreichen Bericht – gefördert von der Robert Bosch Stiftung – vorgelegt, der auch jederzeit abgerufen werden kann. Zum einen: Der ganze Aspekt der Lebenserwartung ist eine zentrale Größe. Natürlich haben vor allem Menschen mit geistiger Behinderung eine deutlich reduzierte Lebenserwartung. Wenn ich Folgendes hinzufügen darf: Es gelingt mehr und mehr, diese Lebenserwartung erheblich zu steigern. Das heißt: Die ganzen Fördermaßnahmen, der ganze Teilhabeaspekt, der Rehabilitations- und Präventionsaspekt wirken sich gerade auf die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung sehr positiv aus. Das heißt, wir haben hier eine kontinuierliche Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung, was dann wiederum bedeutet, dass wir natürlich den Aspekt der Behinderung – jetzt vor allem der geistigen Behinderung – in Zukunft auch im Bereich der Pflege mehr und mehr haben werden.

Unsere Orientierung geht eigentlich dahin, dass wir uns auch immer wieder darum kümmern müssten – ich sagte das vorhin schon –, Prinzipien der Behindertenhilfe und Prinzipien einer aktivierenden rehabilitativen Pflege systematisch zu verbinden. Ich könnte den stationären Einrichtungen nur Folgendes empfehlen: Schaut, dass ihr auch ältere Menschen mit geistiger Behinderung bei euch habt. Vierzig- oder Fünfzigjährige sollten nicht in einer solchen Einrichtung leben; das hielte ich für hochproblematisch. Wenn sie ältere Menschen mit geistiger Behinderung in der Einrichtung haben, werden sie merken: Da wird ein Präventions- und Rehabilitationsgedanke und ein Teilhabege- danke in das tägliche Leben einer Einrichtung kommen, der die Pflege in hohem Maß bereichern kann. Das wäre eigentlich mein Ziel. Wenn eine Einrichtung sagt: „Wir neh-

men Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht auf“, macht sie einen großen Fehler.

Diese beiden Leistungsbereiche mehr und mehr – auch, was die Systematik angeht, was den leistungsrechtlichen Teil angeht – miteinander zu verbinden, ist meines Erachtens eine große Aufgabe, die wir in den nächsten Jahren im Bereich der sozialen Gesetzgebung haben.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Herr Professor Dr. Kruse. Wunderbar.

Sv. Herr Dr. Kruse: Herzlichen Dank, dass ich hier vortragen durfte.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank für Ihre Beiträge.

(Beifall)

Ich begrüße jetzt Herrn Professor Dr. Klie, der gerade gekommen ist, darf ihn aber bitten, sich zunächst einmal zu setzen; denn alles andere wäre doch zu hektisch. Herr Hegener hat sich bereit erklärt, jetzt seinen Vortrag zu halten.

Ich habe vorhin beim Protokollarischen vergessen, das Sozialministerium herzlich willkommen zu heißen. Heute freuen wir uns im Besonderen, dass auch das Wissenschaftsministerium da ist. Auch für Ihre Begleitung einen herzlichen Dank.

Ich darf nun Herrn Hegener, Leiter des Kernteams 3 beim Paritätischen Wohlfahrtsverband und langjähriger Begleiter unserer Tätigkeiten, das Wort erteilen. – Guten Morgen, lieber Herr Hegener.

Sv. Herr Hegener: Sehr geehrter Herr Vorsitzender Lucha! Ich hatte schon darauf spekuliert, dass ich durch die Verzögerung möglicherweise die doppelte Redezeit bekomme. Das ist aber offensichtlich nicht der Fall.

Meine sehr geehrten Damen und Herren! Der Landtag hat diese Enquetekommission damit beauftragt, sich über die Gestaltung einer zukunftsorientierten und generationengerechten Pflege Gedanken zu machen. Heute stehen die besonderen Aspekte Demenz, Behinderung und psychische Erkrankungen im Vordergrund. Der Auftrag lautet darüber hinaus – daran möchte ich einfach noch einmal erinnern –, die Pflegequalität auf Dauer auf einem hohen und guten Niveau zu halten.

Ich möchte die Botschaft, die ich platzieren möchte, vorab schon einmal sagen und werde sie anschließend begründen und nachvollziehen: Nur wenn wir Systemgrenzen überwinden, können wir auch neue Lösungen finden. Das ist bereits vorhin von Profes-

sor Kruse angesprochen worden: die Schnittstellenproblematik, die an verschiedenen Stellen viel deutlicher wird.

Stellen Sie sich, um ein Bild zu gebrauchen, einfach einmal vor: Jeder von Ihnen weiß, wie schwierig und kompliziert es ist, ein Gebilde wie z. B. ein Gebäude, ein Auto oder auch ein Mobiltelefon zu bauen. Da sind viele Hände und Überlegungen und ist Zusammenarbeit nötig. Einzig in der sozialen Arbeit und den sozialen Sicherungssystemen erleben wir seit Jahr und Tag, dass man hier eher mit einer lockeren Form der Zusammenarbeit – wenn überhaupt – zu Werke geht. Eine strukturierte und verbindliche Kooperation im Sinne von Interdisziplinarität findet in den seltensten Fällen statt. Das betrifft einzelne Bereiche und Branchen genauso wie auch Sozialleistungsträger und die Sozialsysteme. Wir haben uns daran gewöhnt, dass man sich um seine Zielgruppe kümmert, seien es nun Versicherte, Kranke, Rentner, behinderte Menschen, Kinder, alte Menschen etc. Aber damit sind zugleich auch die Schnittstellen unübersehbar zahlreicher geworden. Eine Optimierung des Hilfesystems tut dringend not.

Wir erleben an den verschiedensten Stellen bei den Sozialleistungsträgern nach wie vor die Logik der Zuständigkeit. Das bedeutet für Betroffene: Sie müssen suchen, sie müssen schauen. Wir müssen Lotsensysteme aufbauen, damit Menschen mit unterschiedlichsten Problemen in unserer Gesellschaft zurechtkommen. Wie mir scheint, fehlt schon seit langer Zeit auch hier die Verbindlichkeit eines übergeordneten Ziels, nämlich das Miteinander sowohl der Sozialleistungsträger als auch der sozialen Dienstleister und die Orientierung am Wohlergehen der Bürgerinnen und Bürger in der Kommune oder auch in anderen Settings.

Wir haben – ich habe es schon angedeutet – ein Problem; das ist unser versäultes Sozialleistungssystem. Es läuft nach wie vor solitär und funktioniert auch so. Es gibt keinen strukturierten Druck zur Zusammenarbeit, und es ist im Moment auch nicht absehbar, dass sich das ändert. Man hat mit dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch seinerzeit versucht, dies zu überwinden; es ist auch dort nicht in der gebührenden Form möglich gewesen.

Es gibt noch einen weiteren Aspekt, der mir in diesem Zusammenhang wichtig ist: Wir leben in unserer Gesellschaft eine Kultur des Individualismus, des Separierens und der Singularisierung. Die Ergebnisse sind Vereinzelung und Vereinsamung. Eine Umkehrung ist da nicht in Sicht.

Ich komme jetzt noch einmal darauf zu sprechen: Wenn Sie hier eine Engführung auf besondere Aspekte von Demenz, Behinderung und psychischer Erkrankung vornehmen, glaube ich nicht, dass dies mittelfristig entsprechende Antworten im Blick auf eine zukunftsorientierte und generationengerechte Pflege erlaubt. Dieser Gedanke verbindet weniger, als dass er trennt. Und: Man könnte auch noch weitere Zielgruppen herausdestillieren: Was ist mit Menschen, die in Obdachlosigkeit leben? Auch dort treffen wir seelische Erkrankungen an, auch dort haben wir es mit Demenz etc. zu tun.

Wir haben erst kürzlich vom KVJS eine Untersuchung vorgelegt bekommen. Da ging es nur um stationäre Hilfe zur Pflege, und zwar von Menschen unter 65 Jahren. Das sind immerhin 6 000 Personen. Bei diesen 6 000 Personen konnte man nicht einfach nur sagen: „Das sind alles seelisch Erkrankte.“ Nein, Sie finden dort seelische Erkrankungen in Kombination mit Sucht, Demenz und körperlichen Einschränkungen. Das Datenmaterial bei diesen 6 000 Personen beruht – auch das ist wichtig – lediglich auf den Angaben aus 14 Kreisen – wir haben bekanntermaßen 44; die Gesamtzahl ist also deutlich größer.

Was meinen wir also, wenn wir diese Personengruppen in den Blick nehmen? Wen meinen wir? Ein Großteil der Menschen, die auf Pflege angewiesen sind, sind zugleich auch behindert, und auch umgekehrt. Ein paar Größenordnungen: Das Statistische Landesamt hat ausgewiesen: Ende 2013 lebten in Baden-Württemberg rund 1 Million schwerbehinderte Menschen; jeder Vierte über 65 Jahre war schwerbehindert. Das sagt noch nichts über den Pflegebedarf aus, das sagt noch nichts über den Hilfe- und Unterstützungsbedarf aus. Aber dies einfach einmal als eine Größenordnung.

Wenn man jetzt im Weiteren noch eine andere Statistik anschaut und nur die Leistungen der Eingliederungshilfe fokussiert, dann kommen wir auf andere Zahlen; dann sind wir bei rund 76 000 Personen im Jahr 2013 – immerhin 3,2 % mehr als ein Jahr zuvor. Das heißt: Wir haben hier auch seit Jahren kontinuierlich Steigerungsraten. Es sind überwiegend Männer, die in der Eingliederungshilfe sind.

Jetzt ist es, denke ich, an der Zeit, auch noch einmal auf eine interessante Statistik hinzuweisen, die erstmalig im Dezember 2013 vom Statistischen Landesamt vorgelegt wurde. Mit dieser Erhebung wurde erstmals auch die Schnittmenge der Menschen, die tatsächlich von Demenz, geistiger Behinderung und Pflegebedürftigkeit betroffen sind, erhoben. Das muss man sich auf der Zunge zergehen lassen: In Baden-Württemberg gibt es rund 300 000 Menschen, die im Sinne der Pflegeversicherung pflegebedürftig sind. 300 000! Das ist eine ganze Menge; das sind immerhin 2,8 % der gesamten Bevölkerung.

Ferner hat ein Anteil von 42,4 % – oder rund 127 000 Menschen – an der Gesamtzahl der Menschen, bei denen Pflegebedürftigkeit gegeben ist, eingeschränkte Alltagskompetenz, demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen. Das heißt im Klartext: Wir haben hier eine erhebliche Schnittmenge. Diese Zahl allein unterstreicht aus meiner Sicht, dass Pflege und Behinderung längst zusammengedacht werden müssen. Die Frage ist: Müssen wir nicht die Hilfeangebote viel genereller an Lebensräumen und -orten und deren Bewohnern im Sinne von Sozialraumorientierung und Quartiersmanagement ausrichten?

Es ist schon angedeutet worden, was in der Zukunft auf uns zukommt: Der Anstieg der Zahl der Menschen mit Demenz wird beachtlich sein. Die Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg geht davon aus, dass wir von jetzt 184 000 locker auf die doppelte Zahl im Jahr 2050 kommen. Wir wissen, dass Menschen mit einer geistigen Behinde-

rung demnächst – bei uns in Deutschland und Baden-Württemberg – natürlich auch an Demenz erkranken und auf Pflege angewiesen sein werden. Die Zahl der Menschen mit seelischen Erkrankungen steigt seit Jahren kontinuierlich. Wir haben – auch das als Größenordnung – allein bei den sozialpsychiatrischen Diensten, die sich um chronisch psychisch kranke Menschen kümmern, 2013 einen neuen Höchststand von 26 500 Menschen gehabt.

Gleichzeitig haben wir entsprechend die Entwicklung, dass der Nachwuchs fehlt; die familiären Unterstützungssysteme werden dünner und bekommen Risse. Wir müssen uns darauf einstellen, dass auch soziale Arbeit, was den Arbeitsmarkt angeht, bereits in einem ganz harten Konkurrenzkampf steht zu deutlich lukrativeren, attraktiveren Jobs in anderen Wirtschaftsbranchen. Den Versuch, z. B. in China oder anderswo Pflegefachkräfte zu rekrutieren, kann man eigentlich nur als verzweifelten Versuch werten, hier nichts Grundlegendes zu ändern. Die sozialen Sicherungssysteme müssen sich auf steigende Kosten und gleichzeitig wachsende Leistungsanforderungen einstellen. Ein „Weiter wie bisher“ ist auf Dauer nicht durchzuhalten.

Was kann in dieser Situation getan werden? Ich will einfach versuchen, ein paar Orientierungspunkte zu setzen. Wir brauchen in Baden-Württemberg ein pflegeübergreifendes, langfristig angelegtes, aber schnell wirkendes Konzept. Pflege weiterhin solitär zu denken, reicht nicht mehr aus. Da lassen sich entsprechend folgende Anforderungen identifizieren:

Die Hilfen und Hilfestrukturen sind personenzentriert auszurichten. Die Hilfeangebote und -strukturen müssen sich den Anforderungen der Menschen anpassen, und nicht umgekehrt.

Was macht bei Menschen mit Behinderung, Demenz bzw. seelischen Erkrankungen den Unterschied aus? Was die Grundbedürfnisse dieser Menschen angeht, unterscheiden sie sich nicht von uns, von Ihnen, von mir. Es geht aber darum: Sie haben in ihrer Biografie und in ihren alltäglichen Bedarfslagen natürlich auch eine andere Notwendigkeit. Und – man kann das auf einen Punkt bringen – es sind in der Regel zeitintensivere Leistungen erforderlich als das, was bisher durch die Pflegeversicherung abgedeckt wird.

Wir haben den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, über den schon einmal reflektiert wurde. Ich gehe davon aus, dass man innerhalb der Logik der Pflegeversicherung hier vielleicht eine bessere Verteilungsgerechtigkeit hinbekommt, aber solange die Mittel bei der Pflegeversicherung so sind, wie sie sind, wird sich insgesamt nichts verbessern. Das ist der eine Punkt.

Was viel schlimmer ist – da komme ich wieder auf diese Systembrüche zu sprechen –: Wir gehen davon aus – das ist belegbar –, dass es mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auch massive Begehrlichkeiten der Sozialhilfeträger geben wird, aus nachvollziehbaren Gründen, weil es ganz viele Überschneidungen in den Elementen gibt, die

der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff beinhaltet, und in dem, was originär Eingliederungshilfe ist.

Ein weiteres Element, das hier eine Rolle spielt: Die UN-BRK muss umgesetzt werden. Ich komme hier zu einem Vorschlag, einer eingedenk der Möglichkeiten des Landes Baden-Württemberg pragmatischen Vorgehensweise. In § 8 SGB XI steht die gemeinsame Verantwortung:

Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Vorrangiges Ziel, wenn man in diese Richtung denkt, muss es dabei sein, dass die Leistungsträger vereinbaren – wohlgemerkt: vereinbaren –, die Schnittstellenprobleme zu bearbeiten. Das ist ein zentraler Punkt.

Der zweite Punkt – in diese Richtung müsste es gehen –: Qualitätsgemeinschaften, Qualitätszirkel, die verbindliche Kooperation der Akteure auf örtlicher Ebene. Des Weiteren gilt es, einen Wissenspool zu generieren, von dem alle profitieren können.

Ich schlage hier ein Modellvorhaben vor. Es nennt sich „Interinstitutionelle Zusammenarbeit“. Die Laufzeit beträgt zwei bis drei Jahre, maximal vier Kreise, die sich daran beteiligen könnten. Das Ganze ist als dynamisches Lern- und Optimierungsvorhaben zu verstehen. Es wird auch ausgeschrieben, das heißt, die Kreise müssen sich dafür bewerben. Die Ziele wären, wie gesagt: Überwindung der Schnittstellen, Minimierung des Bürokratieaufwands, Verbesserung der Servicequalität, stärkere Nutzung des trägerübergreifenden persönlichen Budgets, Implementierung von Case und Care Management und weitere Aspekte. Dieser interinstitutionelle Ansatz ist bereits – in einem anderen Segment – in der Schweiz erprobt worden, bzw. es wird dort seit zehn Jahren daran gearbeitet, mit durchaus guten Erfolgen und Effekten. Das Ganze ist auch EDV-gestützt. Finanzierungsbausteine sind: Landesmittel, Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung, Mittel aus Stiftungen und ergänzende Mittel der Leistungsträger.

Ich komme zum Schluss. Ich sehe es hier schon: Die Uhr läuft gnadenlos.

Schlussbemerkung: Wir sollten stärker das, was an Geld, Kapital – wie auch immer – da ist, ansprechen. Eine Idee, wenn man diesem Konzept folgen würde, wäre, dass man verstärkt – im Einzelfall gibt es das schon – kreisbezogene Stiftungen für diesen Zweck ins Leben ruft und dabei Zustifter gewinnt, namentlich aus dem Bereich der Wirtschaft, für die eine qualitativ hochwertige Pflege durchaus ein Standortfaktor sein könnte oder sein sollte.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Herr Hegener.

Ich darf jetzt das Wort der Kollegin Schiller erteilen, mit der Bitte, dass wir die zwei Minuten Überziehung am Schluss im redeübergreifenden Budget wieder hereinbringen. – Bitte.

Abg. Jutta Schiller CDU: Vielen Dank. – Herr Vorsitzender, liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Hegener, vielen Dank für den interessanten Vortrag. Tief beeindruckt hat mich die Zahl von 127 000 Menschen mit mehrfacher Betroffenheit. Darauf möchte ich auch ein bisschen eingehen, und zwar: Die Berufe in der Behindertenhilfe – das ist ja ein ganzer Strauß, von Heim- und Heilerziehern bis zu Sozialpädagogen – sind ja für die Pflege in keiner Weise ausgebildet. Die Pflegefachkräfte auf der anderen Seite sind für diese ganz spezielle Personengruppe auch nicht ausgebildet. Ist geplant, diese Themen in einer generalistischen Ausbildung zu behandeln? Ist geplant, diese Themen in einer zukünftigen Ausrichtung der Altenpflegeausbildung aufzunehmen? Können Sie darüber Auskunft geben?

Noch eine zweite Frage hätte ich. Sie haben vorhin ganz tolle Beispiele gegeben: „Wir brauchen mehr Leistung, mehr Mittel, mehr Personal.“ Ich sehe da das Problem, dass das natürlich sehr viel Geld kostet. Das heißt, wir haben mehr Beiträge zu zahlen bei zukünftig immer weniger Beitragszahlern. Sie haben vorhin die Stiftung als Finanzierungssystem eingebracht. Ich denke, es ist ein bisschen schwierig. Ich glaube, bei den Ansprüchen, die wir haben, sollten wir einfach handfestere Möglichkeiten der Finanzierung ins Auge fassen. Haben Sie dazu noch eine Idee?

Danke.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Frau Schiller. – Herr Kollege Poreski.

Abg. Thomas Poreski GRÜNE: Auch von meiner Seite aus vielen Dank, Herr Hegener, für Ihren Beitrag. – Ich möchte zwei Aspekte aufgreifen. Einer ist etwas übergreifender. Sie haben ja zu Recht von der Versäulung des Hilfesystems gesprochen und von der Notwendigkeit, sich personenzentriert umzuorientieren, auch was das Leistungsrecht angeht. Da haben wir ja z. B. die Problematik, dass die Pflegeversicherung nur teildeckend ist, die Eingliederungshilfe aber im Sinne der UN-Konvention das natürlich ganz anders angehen muss. Da habe ich die Frage, welche Erwartungen und Hoffnungen Sie da im Kontext der anstehenden Erstellung des Bundesteilhabegesetzes haben, insbesondere wenn es um Bedarfsbemessungssysteme geht; dazu haben Sie ja

in Ihrem schriftlichen Beitrag auch schon das Stichwort „ICF“ gebracht. Das ist der eine Aspekt.

Der andere Aspekt ist sehr handlungspraktisch: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff – dazu hat Professor Kruse ja schon gute Ausführungen gemacht – umfasst auch den Aspekt der Teilhabe, der in der Behindertenhilfe ja schon wesentlich länger verankert ist, insbesondere bei ausgebildeten Heilerziehungspflegerinnen bzw. -pflegern und Heilerziehungshelferinnen bzw. -helfern. Dennoch gelten die nach der Heimpersonalverordnung formal in der Pflege von Menschen mit Behinderung nicht als Fachkräfte. Ausgebildete Altenpflegerinnen bzw. -pfleger dagegen, die den umfassenden neuen Pflegebegriff oft natürlich aufgrund ihrer Historie noch nicht verinnerlicht haben können, werden selbstverständlich anerkannt. Eine Möglichkeit, die derzeitigen Personalengpässe zu überwinden, wäre die Anerkennung von Heilerziehungspflegern und Heilerziehungshelfern als vollwertige Pflegefachkräfte, wenn sie entsprechende modulare Zusatzqualifikationen erwerben würden. Wie würden Sie das bewerten?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Kollege Poreski. – Herr Hinderer, bitte.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Herr Hegener, dem Dank der Vorrednerinnen und Vorredner schließe ich mich an. – Ich habe auch eine Frage zur Finanzierungssystematik. Ihre Forderung war ja, wenn ich es richtig verstanden habe, weg von einer Logik der Zuständigkeit hin zu einer Logik der gemeinsamen Verantwortung zu kommen. Da haben Sie ein Modellvorhaben angeregt. Hilft uns da der Gedanke an das persönliche Budget, wie wir es im Bereich der Behindertenhilfe haben, weiter? Könnte das ein zielführender Weg sein, insbesondere für den Teil der Aktivierung, der Alltagsbegleitung, der Teilhabeermöglichung?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Hinderer. – Lieber Herr Haußmann.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Herr Hegener, ich würde gern zwei Stichworte, die Sie angesprochen haben, etwas konkretisiert bekommen. Sie hatten von Lotsensystemen gesprochen, die wir einsetzen sollten. Dazu hätte ich gern noch einmal ein paar Informationen.

Dann haben Sie das Modellvorhaben zu Qualitätsgemeinschaften genannt und haben da als Beispiel ein Modell in der Schweiz genannt. Vielleicht könnten Sie konkretisieren, wie man sich das genau vorstellen kann.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Haußmann.

Herr Hegener, Sie haben das Wort. Wenn Sie dann zwei Minuten früher, als ursprünglich für die Fragerunde, vorgesehen, fertig sind, haben wir die Überziehung wieder gutgemacht. Bitte sehr.

Sv. Herr Hegener: Okay. Ich versuche einmal, die Fragen in der gebotenen Kürze zu beantworten. – Frau Abg. Schiller, Stichwort: „Sind diese Themen des Voneinander-Lernens in einer generalistischen Ausbildung geplant?“ Diese Frage kann ich so nicht beantworten. Ich könnte sie aber umgekehrt als Anforderung formulieren und sagen: Es wäre zukünftig erforderlich, dass hier ein interdisziplinärer Ansatz realisiert wird. Der entscheidende Punkt ist hier – wie bei allem –: Die Praxis wird das Lernen befördern müssen. Wir können das, was an Wissen in der Region in einzelnen spezialisierten Sparten da ist, nicht über ein Studium oder eine Ausbildung transportieren. Da sind sozusagen die Grundlagen zu legen; das eigentliche Lernen findet in der Praxis statt. An dieser Stelle gäbe es Ansatzmöglichkeiten auf lokaler Ebene, durch Vernetzung, auch durch eine „Qualitätsgemeinschaft“ sich wechselseitig dieses Wissen zu geben und zu nehmen.

Ein Beispiel: Einrichtungen der Eingliederungshilfe haben Mühe genug, den Alltag durchzustehen. Sie erleben, dass sie tatsächlich hier auch mit Pflege konfrontiert sind. Wo kommt Support her? Das Zeitbudget, das Einrichtungen haben, um hier in Fortbildung zu investieren oder in wechselseitige Arbeitszusammenhänge einzutreten, ist überschaubar. Um nicht zu sagen: Diese Finanzierungslogik hindert daran, in diesen Bereich stärker hineinzugehen.

Finanzierung: Da bin ich möglicherweise missverstanden worden. Dieser Finanzierungshinweis auf die – – Moment, wo haben wir es?

(Abg. Jutta Schiller CDU: Da ging es um Querfinanzierung, vor allem auch über Stiftungen!)

– Stiftung. Danke, das war das Stichwort.

(Abg. Jutta Schiller CDU: Ich hatte gesagt: Das ist mir zu weich, ich brauche eine langfristige Planung!)

– Genau. Die Stiftungsmittel, die ich hier in den Blick genommen habe, sind nur dafür da, Kapital, das ganz sicher auch in einer Erbesgesellschaft vorhanden ist und ansprechbar wäre, wieder für die Gemeinschaft nutzbar zu machen – aber im Moment nur bezogen auf so ein Modellvorhaben, nicht als generelle Lösung; um Gottes willen, das sicher nicht. Und – das auch noch einmal ganz klar gesagt – nicht als Ersatz für staatliche Leistungen oder Leistungen der Sozialleistungsträger, sondern als Ergänzung für Dinge, die oben draufgesattelt werden müssen, wie z. B. gegenseitige Unterstützung, neue Angebote finden, möglicherweise auch Beratungsstrukturen ausbauen, Kommunikation zwischen den Beteiligten fördern. Das sind solche Schlagworte. Aber an dieser

Stelle bitte ich einfach, noch einmal die schriftliche Ausarbeitung anzuschauen; da sind noch ein paar andere Stichworte enthalten.

Versäulungsproblematik, UN-BRK, Bundesteilhabegesetz: Herr Abg. Poreski, wir haben, was das angeht, Ende letzten Jahres vonseiten der Wohlfahrtspflege und auch der Betroffenen große Hoffnungen darauf gesetzt, dass hier tatsächlich ein Bundesteilhabegesetz kommt. Diese Hoffnungen sind fast gegen null gegangen. Was auch mittlerweile erkennbar ist: Wenn überhaupt so ein Gesetz kommt, wird es – das ist meine persönliche Einschätzung – günstigstenfalls möglicherweise an den Beratungsstrukturen hier und da eine Kleinigkeit ändern; der große Wurf wird es nicht sein. Ich gehe auch nicht davon aus, dass tatsächlich auf breiter Front ein buntes Teilhabegeld kommen wird.

An dieser Stelle muss man schon sagen: Wir reden, auch von Gesetzestexten her, häufig genug davon; wir schreiben Selbstbestimmung und Teilhabe ungemein groß. Ich frage Sie: Wie soll jemand, der als Mensch mit Behinderung nie die Gelegenheit hatte, über ein Arbeitseinkommen zu Vermögen, Einkommen, wie auch immer zu kommen, bitte schön seine Teilhabe organisieren, wenn er nicht tatsächlich auch monetär, finanziell dazu in die Lage versetzt wird? Das ist ganz klar. Eigentlich müsste hier kräftig dazugelegt werden. Ich kann dies nicht erkennen; ich glaube es nicht.

Das Assessment – NBA –, das angesprochen wurde: Auch an dieser Stelle habe ich die große Sorge – ich habe es vorhin schon einmal gesagt –: Dieses wird nicht dazu führen, dass mehr Mittel ins System kommen. Dies ist der erste Punkt.

Punkt 2: Es wird nach wie vor und noch stärker geschaut werden – ich sage das einmal so platt und ungeschützt –: „Wir, die Sozialhilfeträger, sehen, dass hier Leistungen im Bereich des NBA enthalten sind, die wir bisher finanziert haben.“ Was bedeutet das? Verschiebebahnhof, Auseinandersetzung über den individuellen Hilfebedarf. Was bleibt dann noch?

Es gibt eine Aufstellung vom Deutschen Städtetag oder Landkreistag – nageln Sie mich nicht fest – im Zusammenhang mit der Arbeitsgruppe zum Bundesteilhabegeld. Es gab eine Auflistung, welche Kosten entstehen, wer hier etwas abgeben muss und wer etwas bekommt. Es gibt darin eine interessante Zeile, die lautet: „Leistungen der Pflegeversicherung“. Das ist ein Milliardenbetrag. Da können Sie die Erwartung schon ablesen. Das wurde sozusagen 1 : 1 von der Pflegeversicherung in dieser Erwartung, in dieser Logik transferiert zur Seite der Sozialhilfeträger. Das ist sicher nicht die langfristige Lösung des Problems. Aber genau an dieser Schnittstelle sind wir mit entsprechenden Problemen konfrontiert.

Persönliches Budget: Auch an dieser Stelle noch ein Hinweis, eine aktuelle Zahl aus dem Jahr 2013; etwas Aktuelleres gibt es nicht. In Baden-Württemberg gibt es rund 1 600 Menschen mit einem persönlichen Budget. Das ist ausgesprochen überschaubar. Wir haben die Möglichkeit seit 2008. An dieser Stelle wäre dies eine Möglichkeit, mit einem trägerübergreifenden Budget unter Einbezug von Pflegeleistungen hier auch

Menschen mit Behinderungen als Marktsubjekte, als Marktteilnehmer zu befähigen, sich völlig neue Settings zu leisten. Das ist ein Punkt, über den man, denke ich, in der Praxis, auf Ortsebene trefflich debattieren muss. Auch hier sind wir wieder an dieser Schnittstelle, und da ist Dialog angesagt.

Ich komme zur Frage der Lotsensysteme und des Schweizer Modells. Zum ersten Aspekt: In diesem Fall ist es der Landkreis Biberach. Auch dort hat sich schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt ein Mitglied des Paritätischen Wohlfahrtsverbands in Verbund mit anderen Akteuren um diesen Personenkreis – in diesem Fall Demenzkranke – gekümmert und hat das Konzept „Demenzlotsen“ mit initiiert und mit aufgebaut. Demenzlotsen sind Berater, Helfer, Vermittler, Sozialmanager und auch Ansprechpartner für Hilfsverbände und Einrichtungen wie Krankenhäuser und Pflegestützpunkte; das ist ein Element. Auch dort hat man erkannt: Es geht nicht ohne Geld. „Ohne Moos nichts los“, wie man etwas flapsig dazu sagt.

Man hat dort auch ein Netzwerk Demenz aufgebaut – auch das ist wichtig – und hat hier die Akteure – es sind Krankenhäuser mit dabei, es sind Betroffene dabei, es sind Angehörige dabei – zusammengeführt; auch der Landkreis ist mit im Boot. Sie versuchen gemeinsam, die Lebenssituation dieses Personenkreises auch unter dem Gesichtspunkt individueller Lebensqualität zu forcieren.

Zum Schweizer System: Die Schweizer haben ähnliche Strukturen – aber nur ähnliche –, was die Sozialleistungssysteme angeht. Auch dort haben Sie entsprechend diese berühmten Schnittstellenprobleme. Man hat nun vor etwa zehn Jahren gesagt: „Das kann nicht die Zukunft sein“ und hat in den Kantonen verbindlich eingeführt, dass Rentenversicherung, Sozialhilfe und Arbeitslosenversicherung zusammenzuarbeiten haben, um diese Verschieberei – wer ist zuständig? – zu beenden. Alle zusammen haben den Job, Menschen, die körperlich beeinträchtigt sind, seelisch beeinträchtigt, zu unterstützen, damit sie auf dem Arbeitsmarkt wieder unterkommen. Das war der Ansatz, den man damals gefahren hat. Es war ein mühsamer Ansatz – das gebe ich gern zu –, aber ohne dass es top down verbindlich eingeführt wurde, ohne dass auch die Sozialversicherungsträger sich erklären mussten, war es auch dort nicht möglich.

Das Ganze funktioniert auch dort zweigleisig: Zum einen gibt es ein Case Management. Auch dieses, das heißt die Koordination der Hilfen, wird dort gemeinsam gemanagt; das funktioniert u. a. über ein Softwareprogramm. Zum Zweiten gibt es natürlich auch ein, wenn man so will, Care Management, das heißt, man schaut auch: Was für Erfordernisse in der Umsteuerung auf Ortsebene sind nötig, um die Strukturen zu schaffen, dass Menschen dort wieder besser in Arbeit kommen?

Dies ist ein Erfolg versprechender Ansatz. Man könnte ihn übertragen und als Anregung nehmen, auch bei uns so etwas zu machen, wobei es natürlich hier nur auf Basis von Freiwilligkeit und mit Freiwilligkeit gehen könnte. Zwang ist hier nicht denkbar; daher auch die Idee, dass man so ein Modellvorhaben macht. Der Charme daran wäre: Es ließe sich auch relativ schnell in Angriff nehmen. Es müsste natürlich noch ausformuliert

und ausdifferenziert werden. Es gibt sicher auch Punkte, zu denen man natürlich auch mit den Kreisen ins Gespräch gehen und fragen muss: „Was sind denn dort eure speziellen Bedarfe?“ Diese sollen selbstredend auch hier Berücksichtigung finden.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Lieber Herr Hegener, herzlichen Dank.

Sv. Herr Hegener: 46 Sekunden haben wir noch.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Einen Zeitgewinn haben wir. Das ist gut; ein kleiner Puffer schadet nichts. – Herzlichen Dank für Ihre Ausführungen und auch für die ausführliche Beantwortung der Fragen. Herzlichen Dank, Herr Hegener.

Sv. Herr Hegener: Ich danke auch.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Ich darf nun Professor Dr. Klie bitten, zu uns zu sprechen. Er hat die Auswirkungen des Bahnstreiks jetzt endgültig abgearbeitet und ist bei uns. Herzlich willkommen, Herr Dr. Klie.

Sv. Herr Dr. Klie: Herr Vorsitzender, meine sehr verehrten Damen und Herren! Vielen Dank für die Flexibilität in der Gestaltung der heutigen Anhörung und dafür, dass Sie mir die Möglichkeit gegeben haben, hier erst einmal anzukommen.

Ich habe meine Ausführungen zum Thema Demenz und am Schluss auch zum Thema Behinderung in Thesen strukturiert, die Ihnen auch vorliegen. Ich habe in der Ihnen jetzt zusätzlich zur Verfügung gestellten Powerpoint-Präsentation noch ein paar Vorschläge formuliert, die ich nicht alle ausführen werde, aber auf die gegebenenfalls in einer Diskussion oder auch später in den Beratungen der Enquetekommission zurückgegriffen werden könnte.

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

Ich beginne mit dem, von dem ich vermute, dass Andreas Kruse dies auch schon betont hat: dass Demenz, dass ein Leben mit Demenz die Gesellschaft insgesamt herausfordert. Es ist ja noch nicht einmal eine richtige Diagnose. Es gibt 80 verschiedene Demenzarten. Wir brauchen auch eine Differenzialdiagnostik. Das Wesentliche ist – neben dem, was wir auch an fachlicher Kompetenz Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu erschließen haben –, dass wir in unserer Gesellschaft lernen, mit Demenz zu leben. Das ist ein großes Lernprogramm für uns individuell, weil Demenz all das infrage stellt, was uns als in einem verkürzten Autonomieverständnis gefangenen modernen Menschen bedeutsam erscheint. Es geht darum, Ja zu sagen zu einem Leben, das auch Abhängigkeit kennt und akzeptieren muss. Das ist individuell, das ist in Familien, das ist kollektiv ein Lernprojekt, eine kulturelle Herausforderung.

Ich würde es einmal positiv formulieren: Die vielfältigen auch hier in Baden-Württemberg vorfindlichen kreativen Bemühungen gerade vor Ort, sich Menschen mit Demenz zu öffnen, die vielen Menschen, die sich beruflich, als Angehörige, als Nachbarn, als Mitbürgerinnen und Mitbürger und Freiwillige dem Thema Demenz und „Menschen mit Demenz“ öffnen, demonstrieren die Würdigung eines Lebens und von Menschen mit Demenz.

Das ist wichtig. Das gilt es zu unterstützen. Das gilt es auch in den Vordergrund zu rücken. Nicht die Finanzierung, nicht die Definition, sondern die Integration dessen, was wir auch von Menschen mit Demenz lernen können – was ganzes Leben bedeutet, auch wenn das bisweilen schwierig ist. Das hat im Vordergrund zu stehen, auch in der politischen und vor allem in der gesellschaftlichen Debatte. Demenz gehört nicht einer Berufsgruppe, Demenz gehört auch nicht einer Versicherung, sondern Demenz gehört in die Mitte der Gesellschaft.

Die zweite These bezieht sich auf das, was der von mir sehr geschätzte Philosoph Margalit im Zusammenhang mit der Würde ausführt. Er hat das wunderbare Buch „Politik der Würde: über Achtung und Verachtung“ geschrieben und kommt zu der zentralen Aussage, dass wir Würde, wenn wir sie positiv beschreiben, nie vollständig werden beschreiben können und uns in gewisser Weise auch verheben oder aber zu kurz springen, wenn wir den Begriff „Würde“ zu fassen versuchen. Er sagt: „Eine anständige Gesellschaft ist eine Gesellschaft, die Demütigung vermeidet.“ Das ist, negativ betrachtet, die Grundvoraussetzung für Würde: dass wir Demütigungen vermeiden. Das ist eine fundamentale Voraussetzung für ein Leben in Würde.

Leider gehören Demütigungen heute vielfach zum Alltag von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Das ist Gleichgültigkeit, das sind Misshandlungen. Das sind verbreitete freiheitentziehende Maßnahmen, die auch durch Genehmigung nicht besser werden; „mit Recht“ fixiert ist auch nicht besser fixiert. Auch hier besteht ein Lernprogramm. Wir müssen die Situationen analysieren, die genau zu diesen Demütigungen führen. Wir wissen aus den Forschungen, die wir zum Teil selbst mit durchgeführt haben: Es ist die Haltung, mit der wir, Bürgerinnen und Bürger, Fachkräfte, Angehörige, Menschen mit Demenz begegnen, die die zentrale Voraussetzung dafür ist, ob wir demütigende Verhaltensweisen an den Tag legen oder nicht. Es ist nicht primär die Personalausstattung; es sind Wissensbestände, es ist das Management, und es sind die Grundhaltungen.

Insofern ist es für mich zentral, Würde zunächst negativ zu bestimmen über die Vermeidung von Demütigung. Hier ist auch die Zivilgesellschaft als advokatorische Instanz gefragt; man kann das nicht delegieren, auch nicht an Instanzen der Qualitätssicherung. Da sind wir, die Bürgerinnen und Bürger, gefragt.

Wir brauchen hier auch einen weiterentwickelten Erwachsenenschutz. Sie wissen, dass das BMJ – jetzt noch mit einem weiteren Buchstaben versehen – an diesem Thema dran ist. Wir haben hier auch im Land Baden-Württemberg Möglichkeiten – Stichwort

„Unterstützercreise“ und anderes –, dieses Thema noch stärker zu machen. Schulungen sind gefragt, auch und gerade da, wo es um Menschen mit Demenz in ihrer eigenen Häuslichkeit geht – ein vernachlässigtes Thema; wir durften das für Baden-Württemberg mit dem MDK einmal näher untersuchen. Dass 20 % der zu Hause versorgten Menschen mit Demenz regelmäßig fixiert, sediert oder eingesperrt werden, ist ein Faktum, an dem man nicht vorbeigehen darf. Das hat etwas mit Demütigung zu tun, und zwar auch und gerade von Menschen mit Demenz und auch ihren Angehörigen, die häufig in zum Teil sehr schwierigen, langjährigen Belastungssituationen gefangen sind.

Zum Thema Teilhabe ist viel gesagt worden. Die Perspektive Teilhabe wird u. a. auch über einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in die Pflege und auch in die Begleitung von Menschen mit Demenz hineingetragen. Wenn wir – was mir sehr gut gefallen hat, Herr Hegener – die Grenzen aufgeben und durchlässig machen – damit werde ich schließen, wenn ich dazu noch komme –, dann müssen wir Menschen mit Demenz und auch jeden auf Pflege angewiesenen Menschen als Menschen mit Behinderung verstehen. Jeder Pflegebedürftige ist zunächst ein Behinderter. Nicht, dass wir ihn stigmatisieren, sondern weil mit dem Behinderungsbild – auch ICF-basiert wahrzunehmen – das Teilhabeversprechen in Verbindung steht, und das ist nicht ein generalisiertes, modularisiertes, determiniertes Teilhabeversprechen – „das bekommst du“ –, sondern: „Das ist das, was dir als Person elementar bedeutsam ist.“ Das ist nicht unbedingt das, was Kostenträger in korporatistischen Verfahren als typische Leistung aushandeln; das kann an dem, was einem Menschen bedeutsam ist, elementar vorbeigehen.

Von daher ist es so wichtig, den Teilhabeaspekt nicht nur als Arrondierung eines immer unvollständigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hinzuzunehmen, sondern ihn gewissermaßen als zentrale Perspektive zu verankern. Dann sind das auch keine schönen Begriffe, die wir gerade bei Menschen mit Demenz verwenden. „Niederschwellige Hilfen“: Ich möchte nie „niederschwellig“ behandelt werden, meine Damen und Herren. Denn mit Niederschwelligkeit ist auch niedrige Bezahlung und möglicherweise monetarisiertes Ehrenamt verbunden; das ist das Niederschwellige. Es geht um die Teilhabe, und das ist das, was mir hochbedeutsam ist.

Auch „Betreuungsleistung“ – fünf Variationen kennt das SGB XI – ist keine gute Bezeichnung. „Assistenz“ ist ein Begriff, den wir übernehmen können, und die Teilhabeorientierung ist auch semantisch, auch in der Programmatik aufzugreifen, auch wenn sie natürlich die Abgrenzungen zwischen den Systemen irritiert, die aus meiner Sicht sowieso zu überwinden sind.

Die vierte These: Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen haben einen Anspruch auf kontinuierliche fachliche Begleitung, unabhängig von ihrem Sorgearrangement – zu Hause, in einer Wohngruppe, in stationären Settings. Das ist wichtig; das können wir nicht ins Belieben stellen – Cash oder Care. Jeder Mensch hat einen Anspruch – das ist infrastrukturell sicherzustellen – auf fachliche Begleitung, gerade auch Menschen mit Demenz. Das gilt in medizinischer Hinsicht, das gilt in fachpflegerischer Hinsicht, das gilt auch in sozialarbeiterischer Hinsicht, wenn es um Fragen sozialer Netzwerke geht,

das gilt mit Blick auf Prävention. Hier gibt es in Baden-Württemberg vielfältige, auch modellhafte Anknüpfungspunkte, Stichwort „Präventiver Hausbesuch“. Das wird in der psychiatrischen Krankenpflege noch ein Thema sein.

Aus meiner Sicht ist es von größter Bedeutung, dass die Krankenkassen ihrer Leistungsverpflichtung in der Garantie fachpflegerischer und medizinischer Unterstützung gerecht werden und dass es nicht in die Abwägung haushaltsökonomischer Art gestellt wird, ob ich Fachpflege oder Geldleistung in Anspruch nehme. Das darf nicht sein, das ist falsch. Insofern gehören die Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die immer stärker in die Rationalisierung gesundheitsökonomischer Steuerung einbegriffen werden, auch hier in Baden-Württemberg, ausgebaut. Es wäre ein wichtiges Signal in Baden-Württemberg – auch von den Aufsicht führenden Instanzen –, dass man die Rationalisierung der HKP-Leistungen nicht duldet und dass man sich auf der Bundesebene dafür einsetzt, dass diese Leistungen ausgeweitet werden, auch in Richtung Steuerung des Pflegeprozesses.

Das gilt auch für die Pflegeberatung, die auch in Baden-Württemberg und gerade dort von vielen nicht eingelöst werden kann, obwohl sie ein Rechtsanspruch ist. Es gibt einige Kassen, die machen das hervorragend; die AOK ist hier vorbildlich in Baden-Württemberg. Aber die meisten anderen Kassen sind nicht in der Lage, vor Ort diesen Rechtsanspruch zu vermitteln und einzulösen – dabei ist es keine „Nice to have“-Leistung, sondern eine Leistung, die existenzielle Notsituationen beantworten soll. Das hinzunehmen heißt, sich zu anästhesieren gegenüber fachlichen Unterstützungsbedarfen von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen.

Fünftens: Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist schon angesprochen worden. Kein Pflegedürftigkeitsbegriff wird den umfänglichen und individuellen Unterstützungsbedarf von Menschen mit Demenz je abbilden. Das ist und bleibt ein Konstrukt – nichts weiter. Es ist ein bisschen mehr Teilhabe drin, es ist ein bisschen pflegewissenschaftlich hinterlegt, aber Pflegebedürftigkeit bleibt ein Konzept zur Verteilung von Geld, und man sollte diesen Begriff dann auch nicht überfrachten. Mir wäre es wichtiger, pflegefachliche Leistungen konsequent zu finanzieren und zu beschreiben, aber nicht an den Begriff der Pflegebedürftigkeit zu knüpfen. Schön, dass wir das Sondervermögen haben; das wollen wir gar nicht infrage stellen. Aber wir sollten es nicht überbewerten und vor allem nicht noch in diese Abgrenzungskämpfe im Wesentlichen mit einbeziehen.

Wir brauchen – sechstens – eine wohnortnahe Versorgung für Menschen mit Demenz, deren Qualität sich in einem intelligenten Mix aus fachlicher, familiärer, beruflicher und bürgerschaftlicher Unterstützung zeigt. Das ist das besondere Qualitätsmerkmal. Wenn man Inklusion ernst meint, müssen immer auch Bürgerinnen und Bürger mit gefragt sein, und zwar – das ist entscheidend – nicht als monetarisierte Ehrenamtliche, die das tun, was die Dienste wollen und selbst nicht mehr tun können, sondern aus sich heraus; das ist das Zentrale. Sonst bekommen wir die Teilhabe nicht hin. Das ist nicht eine Ergänzungsleistung zu Pflichtleistungen, sondern das ist die Qualität einer Gesellschaft, die das Teilhabeversprechen einlöst.

Hier gibt es Vielfalt, auch in Baden-Württemberg. Selbstorganisierte Wohngemeinschaften haben einen Ausstrahlungswert und insofern auch eine besondere Kraft. Gerade sie gilt es zu unterstützen, nicht die angebotsgetragenen. Die sind auch interessant, aber hier sehen wir auch Zielverfehlungen, indem – Abg. Zeulner aus dem Bundestag greift das gerade für Bayern auf – stationäre Träger sich aus dem stationären Regime verabschieden und in den ambulanten Bereich wechseln, drei Wohngruppen machen, Tagespflege dazu und sich dann ökonomisch besser stehen als stationäre Pflegeeinrichtungen. Das ist nicht mehr Vielfalt; das ist ein Finanzierungstrick, den es auszuschließen gilt. Tagespflege für Wohngruppen gehört sich nicht. Das ist sehr eindeutig, und das kann man auch regeln. Das sollte man im Bundestag auch machen. Das PSG II bietet die Gelegenheit, genau diese Schlupflöcher zu schließen.

Wir haben in Baden-Württemberg noch kein „Demenzdorf“; das brauchen wir auch nicht unbedingt, finde ich. Letztlich sind das stationäre Einrichtungen, die aber immerhin einen Beitrag dazu leisten können, die Diskussion über Versorgungskonzepte weiterzuführen.

Letzter Punkt: Wir brauchen eine wechselseitige Öffnung von Pflegesystemen hier und Teilhabe dort. Das ist Voraussetzung für ein tragfähiges Gesamtkonzept teilhabeorientierter Pflege, das sowohl Menschen mit Behinderung, die im Alter auf Pflege angewiesen sind, als auch Menschen, die im Alter mit Behinderung und Pflegebedarf leben, gerecht werden kann. Das ist Voraussetzung; das gilt es leistungsrechtlich einzulösen. Wir plädieren sehr dafür – dazu gibt es jetzt auf der Bundesebene mit dem PSG II die Chance –, dass sogenannte Kooperationskommunen – die eben schon Thema waren – nicht nur die Aufgaben der Beratung, des Case Managements und der Planung übernehmen, sondern auch leistungsrechtlich über Sachleistungsbudgets Infrastrukturentwicklung mit moderner und übergreifender Finanzierung verbinden können, ob nun Sachleistungsbudget oder auch persönliches Budget. Dass die Leistung der Pflegeversicherung nicht in das persönliche Budget mit einbezogen wurde, liegt im Wesentlichen an dogmatischen Faktoren, aber auch Interessen, die dieses verhindern wollen. Wir durften das in Deutschland ja einige Jahre lang erproben. Es spricht nichts dagegen, dieses System auch einzuführen. Es wird aber nur einen kleineren Teil der Bürgerinnen und Bürger wirklich interessieren.

Wir brauchen die Öffnung. Keine Teilhabereform – wenn sie denn überhaupt kommt – ohne Pflegereform. Bitte aber auch keine Pflegereform ohne Teilhabereform.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Herr Professor Dr. Klie.

Dann machen wir gleich weiter, damit wir die Minute wieder hereinholen. Frau Dr. Engeser, bitte.

Abg. Dr. Marianne Engeser CDU: Herr Professor Klie, vielen Dank für Ihren Vortrag. Sie haben sich wirklich an den harten Fakten orientiert, beginnend mit der Ermahnung an unsere Gesellschaft, eine Haltung zu entwickeln; ich denke, das ist ganz wesentlich.

Ich habe auch ganz konkrete Fragen: Können Sie uns Beispiele oder Vorbilder für örtliche Infrastrukturentwicklung nennen?

Am Schluss sprachen Sie über die persönlichen Budgets. Wie ist der Stand der Modellversuche? Das hatten Sie gerade noch kurz angesprochen.

Und die Federführung für Case- und Care-Management-Modelle auf der kommunalen Ebene: Ist das in dem aktuellen Papier der Bund-Länder-AG, das ja jetzt ganz neu vorgelegt wurde, genügend berücksichtigt?

Das waren meine drei Fragen.

Ich danke Ihnen.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Frau Dr. Engeser. – Kollege Poreski.

Abg. Thomas Poreski GRÜNE: Auch von meiner Seite aus herzlichen Dank, Herr Professor Klie. – Ich möchte auch an bei dem Begriff der Haltung anknüpfen, den Sie ja über Ihre Thesen durchdekliniert haben. Da ist das eine Thema die Bedeutungsver-schiebung und Professionalitätsverschiebung Richtung Assistenz. Da würde ich gern an die Frage, die Herr Hegener vorhin nicht mehr beantworten konnte, bezüglich der Heil-erziehungspfleger, die ja in der Pflege von Menschen mit Behinderung interessanter-weise grundsätzlich nicht anerkannt werden, auch wenn sie eine Zusatzqualifikation haben, anknüpfen und Sie fragen, ob Sie das für einen guten Weg halten würden, um da eine bessere Durchmischung zu bekommen.

Das andere ist: Sie haben zu Recht die Problematik der legalen Fixierungen angespro-chen. Das kann ich aus meiner eigenen beruflichen Erfahrung bestätigen. Es war mein erstes Projekt in der Behindertenhilfe, dass wir in einer stationären Einrichtung legale Fixierungen um 90 % verringert haben. Der Amtsrichter war sehr baff, was da alles passieren kann, wenn man es anders macht. Deswegen meine Frage: Wie kann die Zahl der genehmigten Fixierungen bei Heimbewohnern und die Vergabe von Neurolep-tika zur Ruhigstellung reduziert werden, ohne die Bewohner mehr zu gefährden. Also: Welchen Pfad könnte man da strategisch gehen, damit das auf breiter Front funk-tioniert?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Poreski. – Lieber Rainer Hinderer.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Herr Professor Klie, vor dem Hintergrund Ihrer meines Erachtens sehr starken Ausführungen zur Thematik der Würde demenziell erkrankter Menschen hätte ich eine profane Fragestellung. Sie haben gesagt: Demütigungen vermeiden. Das gefällt mir sehr gut. Und Sie sagten zugleich: keine Delegation an die Instanzen der Qualitätssicherung. Nichtsdestotrotz geben wir ja Menschen mit eingeschränkter Eigenverantwortlichkeit und demenzieller Erkrankung zumindest im stationären Bereich in ein System, wo sie abhängig sind. Da die Frage: Wenn wir Demütigungen vermeiden wollen, sind dann die Kontrollinstanzen – ganz konkret: Heimaufsicht, MDK – richtig und angemessen ausgestattet, sowohl was die Qualität der Prüfung und Qualifizierung des Personals als auch was das Prüfungssetting anbelangt, um sicherzustellen, dass Demütigungen vermieden werden können?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Danke. – Lieber Herr Haußmann.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Herr Professor Klie, Sie hatten in der zweiten These das Thema der Demütigungen angesprochen. Ich will darauf eingehen. Wie beurteilen Sie das Thema? Wir haben ja oft die Problematik, gerade auch in der Betreuung, dass wir die Selbstbestimmung abzugrenzen haben. Jemand verweigert vielleicht das Essen, und man sollte dann natürlich ein Stück weit auch eingreifen. Also: Wo sehen Sie da die Problematik und auch die Möglichkeiten, die man hat? Sie haben geschrieben: im Einzelfall Einsatz von Technik. Vielleicht könnten Sie das noch einmal erläutern.

Sie haben dann in These 6 auch das Stichwort „Demenzdörfer“ genannt, also neue Wege, die wir mit speziellen Konzepten gehen. Wie sehen Sie da das Thema der Pflegefachkraftquoten, die man ja im Moment im Zusammenhang mit der Landesheimpersonalverordnung auch wieder in der Bearbeitung hat? Passt das sozusagen in diese Struktur noch hinein?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Haußmann. – Kollegin Wölfle.

Abg. Sabine Wölfle SPD: Herr Professor Klie, ich möchte eine Frage noch einmal vertiefen, die ich eingangs Herrn Professor Kruse gestellt habe; da waren Sie noch nicht da. Sie haben die „Demenzdörfer“ angesprochen. Auch darauf möchte ich noch einmal eingehen. Es gibt natürlich auch bei Menschen mit geistiger Behinderung Demenz. Ich habe es eben auch angesprochen: Speziell Menschen mit Downsyndrom bekommen diese oft schon mit 40 Jahren, also sehr jung. Wie sind die Pflegeheime darauf ausgerichtet? Sollten wir im Zuge der Inklusion, die ja in aller Munde ist, auch in der Ausbildung von Pflegefachkräften diesen Teil stärker mit berücksichtigen, damit wir Inklusion auch in den Pflegeheimen hinbekommen? Dazu gehören z. B. auch die ganzen ambulanten Pflegedienste. Aber auch die „Demenzdörfer“ müssen dann faktisch den inklusiven Gedanken auch in der Fachlichkeit abbilden. Sehen Sie da überhaupt eine Mög-

lichkeit, dass man das einmal offen diskutiert – dass sich eben auch die Pflegeberufe inklusiv ausrichten?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Frau Wölfle. – Herr Dr. Klie.

Sv. Herr Dr. Klie: Vielen Dank für die Fragen. Ich darf sie im Wesentlichen einfach in der Reihenfolge, in der sie gestellt wurden, beantworten. – Örtliche Infrastrukturentwicklung: Das ist ein ganz wichtiges Thema. Ich weiß nicht, ob Andreas Kruse darauf verwiesen hat. Die Siebte Altenberichtscommission der Bundesregierung hat das Thema „Lokale Politik für das Alter“, und dabei spielt Pflege eine große Rolle. Nicht umsonst hat die Bundesregierung in einer Reihe von Sachverständigengutachten den Fokus auf die lokale Ebene gelenkt. Der Markt allein bringt es nicht; das muss man sehr deutlich sagen. Wir brauchen hier Steuerung auf der kommunalen Ebene. Nicht, dass das heißt: nur noch ein Angebot, aber wir brauchen die Auseinandersetzung.

Darum plädieren wir für eine partizipative Planung vor Ort, die auch die Bürgerinnen und Bürger einbezieht – nicht, weil Beteiligung immer hilft, aber sie hilft immerhin doch dazu, sich dieses Thema zu eigen zu machen. Es ist ganz wichtig, dass man es nicht allein an Investoren delegiert, sondern dass man sagt: „Das ist unser Thema.“ Wenn wir von Inklusion sprechen, Frau Wölfle, dann heißt das: Der Bürger muss das auch lernen. Das ist nicht einfach; das wissen wir auch aus Weitkirch. Das ist auch ein kommunaler Lernprozess, auch wenn es eine wunderschöne Bürgerkommune ist. Manche – auch die, die meiner Amtskirche angehören – finden es nicht nur einfach, die Inklusion auch wirklich zu bejahen, weil das etwas mit Menschenbild, mit Gesellschaftsbild zu tun hat.

Örtliche Infrastrukturentwicklung geschieht auch in Baden-Württemberg in manchen Kommunen vorzüglich. Sie können auch sehen, dass wir dort, wo sie geschieht, eine ganz andere Verteilung von Heimplätzen im Vergleich zu häuslicher Versorgung haben, dass wir dort auch zum Teil viel höhere Engagementquoten haben – und zwar nicht Engagementquoten künstlich erzeugt durch „niederschwellige“ Hilfen, sondern als Ausdruck der Bürgergesellschaft; das ist etwas anderes. Subsidiär gedacht heißt: Engagement kommt aus der Bevölkerung selbst und wird nicht gewissermaßen niedriglohnnäherlich finanziert.

Ich würde zu den Optionskommunen, wie wir sie nennen – oder „Kooperationskommunen“; der Vorschlag, den die kommunalen Spitzenverbände und jetzt auch abgeschwächt die Bund-Länder-Arbeitsgruppe aufgegriffen haben, kommt ja von Herrn Hoberg und anderen; das Sozialministerium unterstützt diesen Ansatz ausdrücklich –, vorschlagen, dass wir dort, wo wir den Kommunen mehr Kompetenzen zuordnen, ihnen auch auferlegen, dass sie sich einer partizipativ orientierten Planung, Teilhabe und Pflege öffnen, hier ihre Hausaufgaben erfüllen und Beteiligungsprozesse organisieren.

Vorbildlich ist das, was hierzu in Rheinland-Pfalz und in Teilen auch in Nordrhein-Westfalen geschieht. Pflegekonferenzen sind wichtige Institutionen auch der Abstimmung. Ob Sie nun Esslingen oder ob Sie andere Orte nehmen: Es gibt in Baden-

Württemberg vorbildliche Ansätze örtlicher Infrastrukturentwicklung, auch auf der gemeindlichen Ebene, die ich dort für besonders wichtig halte. Denn Wohnortnähe heißt nicht, für einen Kreis eine bestimmte Heimplatzzahl vorzusehen, sondern sie wohnortnah zu organisieren, und das in Aushandlungszusammenhängen und immer mit der Befassung der örtlichen Bevölkerung. Da könnten gerade im Landespflegegesetz – was aus meiner Sicht durchaus wieder einmal aufgegriffen werden könnte; vielleicht gibt der Bundesgesetzgeber über eine Änderung des § 9 SGB IX hier einen Impuls – entsprechende Instrumente vorgesehen werden.

Zum persönlichen Budget: Abgeschlossen wurde das Projekt 2008. Man hatte damals im Bundestag beschlossen, das einführen zu wollen – zumindest das sogenannte integrierte Budget, das heißt die Zusammenführung von Eingliederungshilfeleistungen und Pflegeversicherungsleistungen als echtes Budget. Denn Pflegegeld ist keine Budgetleistung, sondern das sind die Sachleistungssubstitute der Pflegeversicherung nach § 36 SGB XI, die hier in den Blick genommen werden müssen. Wir experimentieren ja gerade auch mit Unterstützung des Sozialministeriums mit einem Budgetprojekt im Landkreis Karlsruhe, was sehr interessant läuft, über § 35 a, über die Gutscheinregelung. Wenn man damit flexibel umgeht, ist das auch interessant. Nur spricht eben überhaupt nichts dagegen und wäre es eine dringende Forderung, möglicherweise auch im Zusammenhang mit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe und ihren Ergebnissen, dass man den Kommunen, die hier eine bestimmte Steuerungsverantwortung dokumentieren, indem sie sagen: „Wir machen Care und Case Management“, die Möglichkeit gibt, vom Leistungserbringungsrecht, vom sozialleistungsrechtlichen Dreiecksverhältnis abzuweichen, Budgets auszuschreiben und auch das persönliche Budget hier weiter zu erproben.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen lassen sich leicht schaffen; wir hoffen sehr, dass das im laufenden Gesetzgebungsverfahren zum PSG noch gelingt. Hier ist aber auch parlamentarische Unterstützung und Leidenschaft auch der Länder gefragt. Es ist nicht einfach, gegen die und in den Machtstrukturen, die es in diesem Bereich auch gibt, hier etwas zu tun und zu bewirken.

Das Care und Case Management: Es ist zu kurz gesprungen, was jetzt in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe formuliert wurde; das ist zum Teil in sich auch widersprüchlich. Wir freuen uns, dass diese Gedanken aufgenommen wurden, aber das greift noch zu kurz. Dazu kann man noch Ausführungen machen; ich will das hier nur so in den Raum stellen. Man muss Steuerung und Beratung, Care und Case Management zusammendenken. Dann wird daraus eine Strategie, die aber auch mit der Flexibilisierung des Leistungsrechts verbunden sein muss; sonst kann ich gar nichts Richtiges gestalten.

Herr Poreski, zu Ihrer Frage zum Thema Heilerziehungspfleger: Das Land Rheinland-Pfalz hat gerade eine große Schulung für die eigenen Heimaufsichtsbehörden ausgeschrieben. Sie sollen in Richtung Unternehmensberatung und mutiger Begleitung von neuen Lösungen geschult werden. Das ist nicht einfach, aber genau in diese Richtung sollten wir gehen, auch in Baden-Württemberg: als Staat Verantwortung für neue und

andere Lösungen zu übernehmen. Denn wir wissen: Die heutige Lösung ist nicht gut. Wir können mit der Qualität der pflegefachlichen Versorgung nicht zufrieden sein.

Wir können mit diesen Abgrenzungen zwischen den verschiedenen Fachberufen, gerade zwischen Teilhabe und Pflege, nicht zufrieden sein. Wir haben sehr verantwortliche Akteure. Die setzen weitergebildete Heilerziehungspfleger gegebenenfalls auch in der Pflege ein. Das Heimrecht als solches spricht überhaupt nicht dagegen, sie als Fachkräfte anzuerkennen. Das ist überhaupt kein Problem. Man muss es nur tun.

Und das kann man tun. Da braucht man halt, wie das hier in Baden-Württemberg heißt, ermessensleitende Richtlinien. Dadurch ließe sich dies genauso machen wie über – davon bin ich ein Fan – öffentlich-rechtliche Vereinbarungen. Über solche Vereinbarungen kann man das regeln und sagen: „Du gibst vor, diese Qualität mit diesem Personaleinsatz zu realisieren. Okay, wir können das nachvollziehen. Darüber schließen wir einen Kontrakt, und dann schauen wir einmal, ob dir das gelingt oder nicht.“ Das ist vernünftig, aber nicht irgendwie Erledigungsverwaltung spielen und sagen: „Geht nicht, ist zu schwierig, da könnte ja jeder kommen.“ Kontraktororientiert. Wir sind in einem Lernprozess; den gilt es hier zu unterstützen, und das geschieht ja auch bisweilen.

Legale Fixierung: Ich meine, dass wir, auch in Baden-Württemberg, 80 % der Fixierungen nicht brauchen. Es ist eine Frage der Haltung und des Managements. Ich fände es schön, wenn dies, wie in Baden-Baden geschehen, auf der kommunalen Ebene thematisiert würde. Man ist als Sozialbürgermeister stolz darauf, wenn in den Heimen von Baden-Baden keine Fixierungen erfolgen.

Werdenfelser Weg hin oder her – der Werdenfelser Weg ist ein Ausdruck davon, dass die Profis ihrer Verantwortung nicht gerecht werden. Denn an sich dürften sie gar nicht das Gericht einschalten, wenn die Fixierung nicht erforderlich ist. Dass der Werdenfelser Weg so hochgejubelt wird, hat etwas mit dem Versagen von Professionellen und von Management zu tun. Es kann doch nicht sein, dass man überall einen Verfahrenspfleger holt, weil man die Fachlichkeit nicht selbst repräsentieren kann, die dann eben sogenannte Alternativen zur Fixierung kennen würde. Das ist keine Lösung.

Man sollte das zum kommunalen Thema machen, sodass auch die Angehörigen merken, der Bürgermeister steht dahinter, wenn hier Bemühungen unternommen werden, zu Hause und auch in Heimen auf Fixierung zu verzichten. Das hat auch etwas mit der zivilgesellschaftlichen Qualität zu tun. Es kann doch nicht darum gehen, dass man sagt: „Weniger Fixierung, und wir delegieren das an ein juridisches Verfahren.“ Es ist ja gut, dass wir das haben, aber darin liegt aus meiner Sicht nicht die Lösung.

Herr Hinderer, zum Thema „Delegation an Instanzen der Qualitätssicherung“: Die Instanz der Qualitätssicherung, der MDK, weiß bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern, auch bei allen Versicherten zu Hause, ob sie fixiert werden oder nicht. Dieses Wissen bleibt folgenlos. Das kann nicht sein. Da brauchen wir auch nicht noch einmal teure und völlig unsinnige Qualitätssicherungen, zu denen auch der MDK zum Teil ein selbstironi-

sches Verhältnis hat. Herr Laumann will sie in die Tonne kloppen, aber man wagt dann doch nicht, sich von ihnen zu verabschieden. Dieses Wissen gilt es systematisch durch eine subjektorientierte Qualitätssicherung zu nutzen, die sich von der institutionellen löst, die ja zum Teil auch durchaus die Interessen der Normadressaten in einer Weise berücksichtigt, die nicht nur in Ordnung ist. Da kann man sich, glaube ich, vieles vorstellen.

Ich bin im Übrigen – denn die BRK gilt ja gerade auch für Menschen mit Demenz – ein Fan davon, dass man sagt: Wir schaffen andere, auch BRK-konforme und nicht nur ans Betreuungsrecht gebundene Instrumente und Vorgehensweisen der rechtlichen Assistenz. Örtliche Unterstützernetze, wie sie z. B. aus British Columbia und auch aus Marburg bekannt sind, könnten eine wesentliche Hilfe sein, diese Themen der Qualitätssicherung zu Themen der örtlichen Bevölkerung zu machen. Das muss flankiert werden, ist aber der stellvertretenden Qualitätssicherung, bei der man sagen kann: „Das Thema ist erledigt; meine Mutter wird dioxinfrei ernährt und lebt in einem Heim mit der Note 1; darum brauche ich mich nicht mehr zu kümmern“ – – Ich muss mich darum kümmern, auch die Bürgerinnen und Bürger. Diese Einladung zur Verstrickung in die Mitverantwortung müssen wir intelligent organisieren. Das heißt nicht: Wir brauchen keine Heimaufsicht. Aber ich sage sehr deutlich: Wir brauchen keinen MDK für die Objektprüfungen. Wir brauchen den MDK mit seiner Kompetenz für die Begleitung der Menschen mit Pflegebedarf und die Qualifizierung ihrer Versorgung.

Herr Haußmann, was die Problematik anbelangt, dass ein Mensch mit Demenz oder sonst wer nicht essen will oder etwas anderes Unvernünftiges macht: Hier ist die Professionalität gefragt – nicht im Sinne von Abwägung ohne Interaktion: Was ist risikoreicher? Oder: Wie machen wir das mit den widerstreitenden Interessen? Das ist natürlich im Hintergrund im Kopf. Hier zeigt sich die Interaktionskunst der Professionellen. Der Kern professioneller Kunstfertigkeit liegt nicht in der Anwendung von Standards, sondern in der Interaktionskunst: Wie verstehe ich den Widerstand?

Manchmal – ich habe jetzt gerade als Anwalt ein Verfahren – meine Damen und Herren, gibt es so dramatische Situationen – auch von psychischen Erkrankungen, auch im hohen Alter –, dass wir nicht sagen können: „Dann doch fixieren“, wenn diese Fixierung letztlich zu einer Demütigung führt. Wir streiten uns hier darum, ob ähnlich wie beim tracheotomierten Patienten eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung im sehr definierten Einzelfall einmal notwendig sein muss. Wir haben es auch – das haben Sie vielleicht der Presse entnommen – geschafft, in Einzelfällen zu sagen: „Gut, dann gibt es eine 1:1-Begleitung“, wie bei somatischen Erkrankungen zum Teil durchaus akzeptiert. Es kann nicht sein, dass wir eine traumatisierte Frau, die auf Fixierung dramatisch reagiert, dann auch noch fixieren oder sedieren. Damit machen wir sie kaputt. Da müssen wir die Gleichstellung psychiatrischer und somatischer Pflege auch im Leistungsrecht im Einzelfall – nicht in der Breite – anerkennen.

Technikeinsatz: gern, wenn er menschenfreundlich und ethisch reflektiert ist. Wir haben es selbst erprobt: GPS bei Menschen, die sonst tagelang zu Hause fixiert wurden. Sie

sind 8 Km pro Tag gelaufen, kamen fröhlich zurück, hatten ihren Sicherheitskorridor. Das geht, wenn man es ethisch reflektiert und nicht jeden Menschen nachher mit GPS ausstattet. Nicht so wie Socken, die jetzt jeder ab 65 Jahre anzieht, damit die Kinder oder der Ehepartner – das kann man ja auch schon früher machen, wenn Sie wollen – wissen, wo er ist.

(Heiterkeit)

Das ist nicht die Lösung.

Die Fachkraftquote ist auf der einen Seite wichtig – das war ja ein Thema –, aber sie ist auch überflüssig – wenn wir garantieren, dass jeder die fachlichen Leistungen bekommt, die er braucht, und wenn wir ein gutes Management garantieren. Dann brauchen wir keine Fachkraftquote. Darum, Frau Wölflé, auch die Finanzierung von Fachlichkeit nicht in der stationären Logik, sondern in der ambulanten. Den Hausarzt oder Facharzt kann ich, wenn er denn vorhanden, nett und bereit ist, überall hinzuziehen. Das muss auch für die Pflege gelten und auch für die zum Teil besonderen Kompetenzen im Bereich Inklusion oder zielgruppenspezifischer Kompetenzen für Menschen mit Behinderungen.

Die finale Integration von Menschen, die schon lebenslang mit Behinderung gelebt haben, in ein Pflegeheim finde ich in aller Regel nicht in Ordnung. Da muss man zielgruppenspezifische, lebensweltorientierte, die Biografie berücksichtigende Versorgungsformen schaffen. Das kann man auch; wir brauchen nur die Fachlichkeit viel flexibler und nicht in der klassischen Fachkraftlogik, die immer nur eine Krücke war.

Das heißt aber auch: Die Finanzierung der Fachpflege herausnehmen aus dem SGB XI und hineinnehmen ins SGB V. Das ist eine Gesundheitsleistung. Das wird seit Langem gefordert. Mit Frau Stewens aus Bayern habe ich lange darüber diskutiert. Man ist eigentlich einig darüber; es ist nur eine Finanzierungsfrage.

Auch – das wissen Sie noch – Herr Hoberg, Vorstandsvorsitzender der AOK, tritt entschieden dafür ein. Wir haben auch berechnet, was das kosten würde; es ist nicht die Welt. Es wäre der Schlüssel, meine Damen und Herren, für die Sicherstellung von Fachlichkeit unabhängig vom Lebensort.

Ich glaube, das waren im Wesentlichen die Fragen.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Klie.

(Beifall)

Man tut sich schwer, Sie zu unterbrechen, aber wir haben einfach einen ambitionierten Zeitplan. Was einige von Ihnen nicht wissen: Wir sind heute Mittag noch einmal da, mit

einem zweiten Teil. Insofern darf ich gleich weitergehen. Herzlichen Dank noch einmal, Herr Dr. Klie.

Liebe Frau Pagel-Steidl, very welcome. Sie sind nicht zum ersten Mal hier in den heiligen Hallen.

Sv. Frau Pagel-Steidl: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Wir haben heute Vormittag schon ganz viel über das Thema Pflege gehört, aber immer unter dem Aspekt des alten Menschen. Ich möchte mit Ihnen jetzt auf die andere Seite gehen, denn die gibt es auch. Pflege gleichzusetzen mit Altenhilfe, „alt“, „hochbetagt“ ist einfach falsch bzw. zu kurz gesprungen. Pflege geht uns alle an. Das ist ein Ergebnis von Umfragen von Infratest dimap. 97 % der Befragten sagten, Pflegende sollten für ihre Arbeit mehr Anerkennung erhalten. Genau da möchte ich einsteigen.

Von Pflegebedürftigkeit betroffen sind viel, viel mehr Menschen als nur die alten Menschen. Pflegebedürftigkeit ist immer nur ein Aspekt des Menschseins; es bestimmt nicht den gesamten Menschen. Pflegedürftigkeit betrifft – wenn auch in unterschiedlichen Ausprägungen – immer die ganze Familie. Man darf den pflegebedürftigen Menschen, ob behindert oder nicht, nicht isoliert sehen, sondern es ist einfach auch ein Familiensetting darum herum zu beachten. Pflegebedürftigkeit verändert dieses ganze Setting, weil man einfach unverhofft in die Situation kommt. Das trifft zu, egal, ob der Betreffende jung oder alt ist.

Eine Mutter einer behinderten Tochter hat es einmal so formuliert: „Stellen Sie sich vor, Sie packen Ihren Koffer und wollen einen Badeurlaub am Meer machen. Sie packen das Badezeug ein, den Badeanzug, das Handtuch und Flip-flop-Sandalen, und plötzlich macht es klick, und Sie sind am Mount Everest und bräuchten eigentlich die Bergschuhe, einen Rucksack und ganz andere Hilfsmittel. Jetzt fragen Sie: Was mache ich jetzt?“ Das heißt: Es trifft einen oft unvorbereitet. Man muss sehen, wie man damit klar kommt.

Jetzt könnte ich natürlich sagen: Frauen sind dafür prädestiniert; sie müssen immer schauen, wie sie klarkommen. Aber nun ja.

In den Blick nehmen möchte ich jetzt aber gerade Menschen mit schweren, mit mehrfachen Behinderungen, die von Geburt oder Kindheit an eine Behinderung haben und pflegebedürftig sind, die vielleicht auch in Pflegestufe III sind, die keine Lautsprache haben, die einen Grad der Behinderung von 100 haben – wobei der Grad der Behinderung in diesem Punkt eigentlich irrelevant ist – und die einfach einen hohen Unterstützungsbedarf haben und die, egal, wie sie unterwegs sind, immer auf Unterstützung und Hilfe angewiesen sind. Das bedeutet aber auch: Wenn ich Menschen im Blick habe, die von Kindheit an mit der Perspektive leben, auch später ihren Lebensunterhalt nicht durch ihre eigene Arbeit bestreiten zu können, weil sie nicht so leistungsfähig sind, wie man das von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern erwartet, und immer in dem Hilfesystem gefangen sind, in dem Netz von Sozialhilfe, Grundsicherung, Pflege, Kranken-

versicherungsleistungen und dem ganzen Rundum-Paket: Diese haben auch nicht die Möglichkeit, selbst Vorsorge in dem Maß zu treffen, um dann, wenn sie pflegebedürftig sind und Hilfe brauchen, noch etwas zu machen. Von daher ist es einfach eine ganz schwierige Situation, und da möchte ich einfach noch einmal hineingehen.

Hier gibt es teilweise auch die Schwierigkeit, wenn eine Lautsprache fehlt, aber diese Menschen natürlich etwas zu sagen haben. Sie können auch eine ganze Menge sagen, aber die Kommunikation ohne Lautsprache, die Kommunikation mit Talker & Co. bedeutet auch für alle Beteiligten: Entschleunigen, Zeit haben, wirklich Zuhören und Geduld haben. Wir wissen alle: Im Alltag, wenn es hektisch ist, hat man meistens das, was man hier braucht, nicht – nämlich Zeit und Geduld. Aber das ist einfach wichtig. Eine Mutter sagt immer wieder: „Mein Kind spürt es genau, wenn ich hektisch werde, wenn ich keine Zeit habe und sage: Jetzt machen wir das noch geschwind. Dann macht auch das Kind zu und sagt: Öhöhöp.“ Es sagt das natürlich nicht, aber man spürt einfach, dass es nicht geht. Gehen Sie mit mir einfach einmal in diesen Bereich hinein.

Antworten sind schwierig, wenn Sie nach Zahlen fragen. Es gibt keine verlässlichen Zahlen, weil es keine Statistik in der Form gibt. Das hat auch seine guten Gründe. Auch heute, 75 Jahre nach Beginn der Euthanasie in Grafeneck auf der Schwäbischen Alb, wo man Menschen mit Behinderung einfach ermordet hat, weil sie behindert und angeblich für die Gesellschaft nichts wert waren, hat man keine Zahlen. Die Statistiken, die Zahlen, die wir haben, sagen eigentlich nichts aus; sie sagen nur etwas über Leistungsbezüge aus, aber nichts über die Menschen, die es tatsächlich gibt.

Mit welchen Herausforderungen werden Pflegende bei der Pflege von Menschen mit Behinderung, die von klein auf behindert sind, konfrontiert? Was bedeutet das eigentlich? Ich möchte ein paar Herausforderungen benennen und ein paar Gedanken und Lösungen formulieren – als Ideen, nicht abschließend.

Eine ganz große Herausforderung ist immer noch die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Das hat auch etwas mit der zweiten Herausforderung zu tun – dass ohne Erwerbstätigkeit Altersarmut droht. Das gehört einfach zusammen. In der Gesellschaft ist mittlerweile klar, dass man außerhäusliche Betreuungsangebote für Kinder braucht, damit die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Mutter und Vater gegeben ist und alles zusammenpasst. Wenn Sie ein behindertes Kind mit einem hohen Assistenz- und Pflegebedarf haben, sind in aller Regel die meisten Kinderbetreuungsangebote, schulischen Angebote, Hortbetreuung usw. nicht in dem Maß vorbereitet, wie es notwendig wäre, um sicherzustellen, dass Sie auch zur Arbeit gehen können und Ihr Kind sicher ist, gut betreut und auch entsprechend gepflegt wird. Das macht es einfach so schwierig. Das zerreißt Familien in dieser Überforderungssituation. Man weiß dann nicht, wie es weitergeht.

Da kommt dann auch dieser Aspekt: Es zeigt sich selbst schon im Schulkindergarten und im vorschulischen Bereich, wie viel mehr Einelternfamilien es in diesem Bereich gibt, je schwerer die Behinderung ist. Das ist teilweise erschreckend. Kindergartenlei-

tungen sagen mir, dass von sechs Familien in einer Gruppe vier Einelternfamilien sind. Das ist überproportional im Vergleich zu anderen. Insofern ist die Angst vor drohender Altersarmut, wenn man sein Kind pflegt, nachvollziehbar. Man muss hier einfach Lösungen finden.

In der Schulzeit geht es noch, aber ganz besonders schwierig sind die Ferienzeiten. Was ist, wenn das Kind krank ist? Wo habe ich denn eine Lösung? Wo kann ich das Kind unterbringen, und zwar wohnortnah? Ja, es gibt stationäre Kurzzeitunterbringung; es gibt seit vielen Jahren einzelne. Das sind überregionale Angebote, viel zu wenige. Wir haben einmal versucht, es zu ermitteln. Das sind landesweit alles zusammengekommen etwa 250 bis 300 Plätze. Es gibt aber wesentlich mehr Familien, die das brauchen. Sie brauchen es natürlich auch in den Sommerferien; dann brauchen es alle, und es gibt gleich so ein Lotteriespiel; wahrscheinlich ist ein Sechser im Lotto einfacher zu bekommen als dort ein Platz.

Bei der stationären Kurzzeitunterbringung ist es meistens so: Das ist nicht wohnortnah im Landkreis. Das nicht behinderte Kind bekommen Sie irgendwo unter, aber mit dem behinderten bzw. pflegebedürftigen Kind fahren Sie 50 oder 60 km erst einmal hin, um es unterzubringen, mit all der Unsicherheit. Von daher klare Forderung, klarer Lösungsansatz, klare Bitte: Wir müssen die Angebote von Betreuungsleistungen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Pflegebedarf so ausbauen, dass sie wohnortnah sind – in den Ferien, aber auch sonst, damit man diese Vereinbarkeit hat.

Wenn Mütter sagen, sie können nur Teilzeit arbeiten, hat das auch etwas damit zu tun, dass sie sagen: „Ich bekomme mein Kind nicht unter.“ Oder: „Was mache ich, wenn das Kind krank ist?“ Es ist nicht die Oma da, die geschwind aufpassen kann, die ich da hineinnehmen kann. „Was mache ich denn da?“ Das ist die Herausforderung 3. „Wie kann ich da Leistungen in Anspruch nehmen? Welche Möglichkeiten gibt es?“

In Hamburg gibt es das Modell „Notfallmamas“, bei dem ausgebildete Krankenschwestern einspringen. Man muss auch mehr daran denken, in die Betriebe hineinzugehen und zu sagen: „Ihr habt da eine ganze Menge in Kinderbetreuung investiert. Nehmt euch auch der Pflege an, und zwar nicht nur Pflege im Alter, sondern auch Pflege da, wenn Mitarbeiter da sind.“ Es geht auch darum, dass man das Kinderkrankengeld, das es gibt, nutzt und die Fehlzeiten akzeptiert, damit die Mitarbeiter nicht immer ständig in der Sorge sind: „Jetzt stehe ich kurz vor der Entlassung.“

Eine weitere Herausforderung, die pflegende Angehörige wirklich zermürbt, ist, wie ich es formuliert habe, „der ewige Kampf um Windeln, Hilfsmittel & Co.“ Wenn Sie teilweise, was manche Krankenkassen verlangen, Trinkprotokolle führen müssen – „Wie viel trinkt das Kind?“ –, also nach dem Motto: „Dann braucht es auch nur so viele Windeln, denn die haben ja laut Hersteller soundso viel Saugkraft, und erst wenn die erreicht ist, ist es Zeit, die Windel zu wechseln“ – das hat mit Menschenwürde nichts zu tun.

Wenn man dann für ein Produkt, das in der Herstellung unter 1 € kostet, vor Gericht gehen muss und gegen die Krankenkasse klagen muss, ist das eine Überforderung der Familien. Ich finde es unmöglich – anders kann ich es nicht sagen –, dass man sich hier so stur stellt, dass man da so kämpfen muss und was man da so erlebt. Es ist unglaublich, was man da erlebt. Ich erwarte schon, dass man da eingreift, gegebenenfalls auch von der Aufsichtsbehörde.

Der fünfte Punkt, Bürokratie, klang heute Morgen auch schon immer wieder an. Es geht darum, Anträge und Verwendungsnachweise möglichst zu vereinfachen. Vertrauen Sie einfach einmal den Menschen, die das angeben. Sie wollen nicht „den Staat beschreiben“ oder sonst etwas, sie wollen einfach Hilfen aus einer Hand, sie wollen eine gute Versorgung. Da kann man sicherlich das eine oder andere zusammenstreichen.

Herausforderung 6 ist die fehlende Barrierefreiheit in allen Bereichen. Das macht natürlich ganz viel aus, wenn man pflegebedürftig ist und unterwegs sein will. Um auch da einen Aspekt herauszugreifen: das Thema Toilette. Es ist unglaublich: In der Landeshauptstadt Stuttgart finden Sie in der gesamten Stadt keine öffentliche Toilette für Rollstuhlfahrer und mit Wickeltisch für erwachsene Menschen mit Behinderungen. Fakt ist: Wenn Sie mit der Familie in der Stadt unterwegs sind, müssen Sie im Auto oder auf dem Fußboden wickeln – und dann reden wir von Hygienevorschriften, von Pflege und von Teilhabe. Wenn ich die Hosen voll habe, kann ich nicht teilhaben und die ganze Familie auch nicht; das ist einfach so. Da braucht es mehr Kampagnen, mehr Daran-Denken.

Was geschieht, wenn die Eltern als Pflegende ausfallen? Klar, man sollte rechtzeitig mit der Zukunftsplanung beginnen. Aber auch da brauchen wir Begleitung; die Familien müssen begleitet werden. Das wird noch viel relevanter; wenn man sieht, wie viele Menschen jetzt noch zu Hause leben, erkennt man dies. 60 % der erwachsenen Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung leben noch zu Hause und werden von hochbetagten Eltern betreut, und sie bleiben dann zusammen – fast möchte ich sagen: „bis dass der Tod uns scheidet.“ Dann knirscht es, und dann fällt diese familiäre Pflegeperson weg, und es fällt dieses Wohnen weg. Dann kommt der Super-GAU, und es knallt. Hier brauchen wir die Möglichkeit, zu schauen, ob man nicht eine Begleitung hat, um diesen Ablöseprozess zu begleiten.

Klar ist immer auch diese Sorge von den Eltern da: „Niemand kann sich so gut um mein Kind kümmern wie ich selbst.“ Aber da muss man das einfach sorgfältig und mit Engagement machen, um zu schauen, wie man es hinbekommt.

Pflegestützpunkte werden immer genannt. Herausforderung 8: Beratung durch Pflegestützpunkte als Lösung. Ja, das mag sein, aber wir haben den Test gemacht: Die meisten Pflegestützpunkte fühlen sich überfordert, wenn es um das Thema „Behinderung und Pflege bei Kindern und Jugendlichen“ geht. Das funktioniert nicht. Wenn man das Angebot als Seniorenunterstützung ansieht, dann nimmt eine Familie mit behinderten und pflegebedürftigen Kindern das nicht wirklich an. Insofern muss man sich wirklich

überlegen, ob man da einen eigenen Pflegestützpunkt macht. Es müsste wahrscheinlich trotz allem überregional sein, weil es das nicht in jedem Landkreis gibt, aber wir brauchen da etwas.

Jetzt gehe ich nur ganz kurz auf den Pflegebedürftigkeitsbegriff ein. Löst der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff alle Probleme? Schön wäre es, aber dann hätten wir ja keine Arbeit mehr. Sicherlich ist es gut, wenn man hier eine Begleitung hat, wenn man diese Veränderung hat, aber den Pflegebedürftigkeitsbegriff zu verändern, ohne mehr Geld ins System zu geben, wird nicht funktionieren. Pflege braucht Begleitung, braucht Zeit, braucht Mitarbeiter, braucht Menschen, die da sind, und ohne Moos nichts los. Da sind wir in der Pflege immer in dem Bereich, wo wir sagen: „Hier eine Leistungsverbesserung, dort die Finanzierung, und wenn wir das nicht in Einklang bekommen, wird es einfach schwierig.“

Deshalb möchte ich abschließend – aufgrund der Zeit – sagen: Wenn uns Pflege wichtig ist, wenn wir insgesamt der Auffassung sind, dass Pflege uns alle angeht, dann müssen wir auch bereit sein, für eine gute Pflege Geld in die Hand zu nehmen, Zeit in die Hand zu nehmen. Mein letzter Appell: Vergessen Sie bei der ganzen Pflege bitte nicht die Familien mit behinderten Kindern.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank. – Dann Kollegin Schiller, bitte.

Abg. Jutta Schiller CDU: Frau Pagel-Steidl, vielen Dank für Ihren sehr interessanten und voller Inbrunst vorgetragenen Vortrag. – Aus eigener Erfahrung weiß ich, wie schwierig es ist, dass Eltern – vor allem etwas ältere Eltern – Kinder mit Behinderungen kaum loslassen möchten. Wir reden da nicht von Kindern unter 20 Jahren, sondern wir reden von Kindern, die eigentlich eher in unserem Alter sind. Wie können Sie sich vorstellen, das Loslassen zu fördern? Meine Erfahrung ist, dass die Eltern, die da sehr klammern, auch gar nicht bereit sind, darüber zu reden, und mit Wein- und Heulkrämpfen auf die Frage: „Was passiert einmal, wenn ...?“ reagieren. Also: Wie könnte man das ganz konkret machen?

Die nächste Frage, die ich anschließend zu diesem Thema hätte, wäre: Wie könnte man den Wunsch der Eltern erfüllen, dass die komplette Familie – also Vater, Mutter, Kind; „Kind“ in Anführungszeichen – gemeinsam in ein Pflegeheim kommt? Die wohnliche Situation ist ja da auch nicht sehr einfach.

Bei einem anderen praktischen Beispiel habe ich leider feststellen müssen, dass es sehr wenige Pflegeplätze für jüngere Menschen gibt. Wir hatten über drei Bundesländer versucht, einen 25-Jährigen, der ab dem Hals abwärts querschnittsgelähmt war, in ei-

nem Pflegeheim unterzubringen. Was kann man denn tun, um die Altersbeschränkungen, die ja eigentlich fast nur in den Köpfen vorherrschen, einzudämmen?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Frau Schiller. – Lieber Herr Poreski.

Abg. Thomas Poreski GRÜNE: Auch von mir herzlichen Dank, Frau Pagel-Steidl. – Zum ersten Punkt: Es gibt tatsächlich in Baden-Württemberg vereinzelt einen Leistungstyp „Medizinisch-pflegerisches Wohnen“ auf der Basis des SGB XI. Da muss man vielleicht auch schauen, dass die Beratung landesweit die entsprechende Qualität hat, damit nicht jeder suchen muss.

Frau Pagel-Steidl, Sie hatten ja sehr viele sehr praktische Probleme angesprochen, die, glaube ich, allen einleuchten, die Menschen mit Behinderung und deren Angehörige kennen. Für mich wäre jetzt die Frage in Bezug auf die Lösungsmöglichkeiten, welche Rolle da ein persönliches Budget auf der Basis eines verbesserten, nämlich personenzentrierten Bedarfs im Bemessungsinstrument spielen könnte. Das ist ja auch etwas, das im Zusammenhang mit dem Bundesteilhabegesetz in der Debatte ist.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Poreski. – Lieber Herr Reusch-Frey.

Abg. Thomas Reusch-Frey SPD: Sehr geehrte Frau Pagel-Steidl, ganz herzlichen Dank für den wertvollen und authentischen Beitrag. Vor allem Ihre Darstellung der Belastung für die Familien bzw. für die Einzeleltern oder Einelternfamilien war für mich sehr beeindruckend. Deshalb auch die Frage an dieser Stelle: Wie könnte aus Ihrer Sicht eine Verantwortungsgemeinschaft in finanzieller und auch in organisatorischer Hinsicht aussehen? Welche Zuständigkeiten sehen Sie bei den einzelnen Verantwortlichen, sei es jetzt bei der Pflegeversicherung oder auch bei den Kommunen?

Meine zweite Frage bezieht sich auf die Stelle, die Sie so formuliert haben: „Kampf um Windeln, Hilfsmittel & Co.“ Wir haben einen Landes-Behindertenbeauftragten, und wir haben kommunale Beauftragte. Brauchen wir etwas Ähnliches für die Familien mit behinderten Kindern und eben die Einzelelternfamilien?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Reusch-Frey. – Herr Haußmann.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Frau Pagel-Steidl, herzlichen Dank. Das war ja auch ein Plädoyer für das Engagement der Frauen und eine kleine Mahnung an den männlichen Part. Das ist angekommen; auch Frau Schiller hat es sehr wohlwollend registriert, habe ich gerade mitbekommen.

Ich möchte zwei Punkte ansprechen, einmal zur Herausforderung 7: Was geschieht, wenn Eltern als Pflegende ausfallen oder auch die Unterstützung? Das ist ja ein Thema, das zunehmend akuter wird, aufgrund der demografischen Entwicklung, was sich auch auf Menschen mit Behinderungen und deren Eltern bezieht. Ist es eine unterstützende Verbesserung, dass sich auch Träger von Komplexeinrichtungen auf den Weg machen, sich ein Stück weit zu dezentralisieren und sich wohnortnaher darzustellen? Kann das ein Weg sein? Oder ist das, was Kollege Poreski angesprochen hat, ein Thema, nämlich das persönliche Budget?

Mein zweiter Punkt ist – Herausforderung 5 –, der bürokratische Aufwand. Wenn ich an den Vortrag von Herrn Hegener und an diese Art Lotsenfunktion denke: Könnte so eine Art Lotse auch gerade bei diesen Dingen – nicht nur beim Zeitaufwand für die Antragstellung, sondern oft auch bei der Durchsetzung von Ansprüchen – den Eltern und Angehörigen helfen?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Haußmann. – Liebe Frau Pagel-Steidl, Sie haben das Wort für die Beantwortung.

Sv. Frau Pagel-Steidl: Ich versuche es in der gebotenen Kürze. – Frau Schiller, wie kann man das Loslassen fördern? Da gibt es kein Patentrezept. Es gibt Einzelmodelle von Einrichtungen der Behindertenhilfe, die Familienbegleiter haben oder, wie man es aus dem Kinderbereich kennt, diese Familienhebamme – dass man so jemanden einfach begleitet und mit hineinnimmt, ohne den Zwang zu erwecken, er müsste das „Kind“ jetzt irgendwo hingeben; „Kind“ in Anführungszeichen.

Immer wieder hört man in Gesprächen mit hochbetagten Eltern, dass sie sagen: „Wir haben irgendwann den Zeitpunkt, etwas zu machen, verpasst“ – weil kein wohnortnahes Wohnangebot da war oder weil auch ein Sachbearbeiter oder eine Sachbearbeiterin von irgendeinem Amt einen, auf Schwäbisch gesagt, blöd angeschwätzt hat, und dann traut man sich nicht mehr. Wenn ein Sachbearbeiter zu einer Familie sagt – das ist kein Einzelfall –: „Wissen Sie eigentlich, was Ihr behindertes Kind kostet? Das muss der Staat zahlen, und jetzt kommen Sie noch daher“, dann trauen sich die Leute das nächste Mal nicht, da freiwillig hinzugehen und zu sagen: „Jetzt brauche ich aber Unterstützung und Hilfe und muss etwas machen.“

Da müssen wir uns auch alle an die eigene Nase fassen und sagen: Wir müssen eine Haltung entwickeln oder weiterentwickeln und stärken und sagen: „Wir stehen dazu, dass es Menschen mit Behinderung gibt. Sie sind Teil der Gesellschaft. Sie haben einen Unterstützungsbedarf. Wir, die Gesellschaft, tragen dies auch mit, begleiten Familien und helfen beim Loslassen.“

Gerade bei den hochbetagten Eltern und auch bei den Geschwistern – die behinderten „Kinder“ sind jetzt zwischen 50 und 60 Jahren und die Eltern sind 80 Jahre plus alt –, ist bei diesem Thema eine Sprachlosigkeit da. Auch die nicht behinderten Geschwister trauen sich nicht, das Thema anzusprechen, weil man einfach Angst hat. Sie bewegen

sich alle wie das Kaninchen vor der Schlange und denken: „Irgendjemand wird dann schon kommen.“ Das wissen wir alle: Das funktioniert nicht.

Ich denke deshalb, wir müssen wirklich darüber nachdenken, dass man solche Familienhebammen hat, oder ob wir etwas Ähnliches entwickeln wie das Programm STÄRKE, das es für Kinder gibt – dass man sich traut, loszulassen. Wir müssen, soweit es überhaupt geht, den Eltern und Angehörigen eine Sicherheit vermitteln und sagen: „Andere professionelle Kräfte betreuen, pflegen und fördern dein Kind. Sie machen das anders als du, aber auch sie machen es gut.“ Dieses Vertrauen aufzubauen braucht Zeit. Deshalb kann man das, denke ich, auch nicht ehrenamtlich machen. Das ist eine ganz lange Zeit, die man da hineingehen muss, damit man da vielleicht etwas machen kann.

Das Thema „Gemeinsamer Umzug ins Pflegeheim“: Ich stelle mir das aus der Kinderperspektive als Horror vor. Wenn ich mir vorstelle, ich hätte mit meiner Mutter ins Pflegeheim umziehen müssen – – Rooming-in ist im Krankenhaus nett, aber nicht im Pflegeheim. Ich kenne diese Vorschläge. Die sind ein Ausdruck der Hilflosigkeit: Was mache ich denn eigentlich? Wir müssen, wenn wir die Normalität anschauen, sagen: Wir müssen gegebenenfalls die Eltern ins Pflegeheim geben, und sie müssen zu diesem Zeitpunkt auch eine gute Betreuungslösung für ihr behindertes „Kind“ haben.

Das Schlimmste, was passiert ist – ich bin selten sprachlos, aber einmal hat es eine Familie geschafft –: Ein hochbetagter Vater hat gesagt: „Ich hoffe, dass mein schwerstbehindertes pflegebedürftiges Kind vor mir stirbt.“ Eine solche Aussage sehe ich als Ausdruck der Hilflosigkeit – weil man nicht weiß, wie es weitergeht. Das ist für mich unglaublich. Da müssen wir wirklich alle miteinander etwas tun, um zumindest zu versuchen, diesen Familien diese Sicherheit zu geben; 100 % Sicherheit wird es nie geben.

Thema „Junge Pflege“, Sie finden für einen 25-Jährigen kein Pflegeheim: Ja, das glaube ich sofort. Ich sage aber auch: Für einen 25-Jährigen ist ein „Altenpflegeheim“ – in Anführungszeichen; das heißt ja nicht so – auch der falsche Ort. Natürlich sind Pflegeeinrichtungen in der Lage, das von der Pflege her zu machen – keine Frage. Aber ein 25-Jähriger will vermutlich nicht freiwillig mit 85-Jährigen – nichts gegen 85-Jährige – zusammen sein. Es gibt Einrichtungen der Behindertenhilfe im Bereich Körperbehinderte, die diese Personen auch aufnehmen. Die gibt es schon; da muss man schauen. Das ist dann aber auch immer eine Frage der Finanzierung; man muss im Einzelfall gegebenenfalls noch einmal nachverhandeln, um zu sehen, welche Lösungen es gibt.

Aber es ist immer schwierig, und wenn Sie von heute auf morgen einen Platz suchen, haben Sie ein Problem. Man kann vieles möglich machen. Einrichtungen sind auch bereit, vieles möglich zu machen, aber irgendwann kommt man an die Grenze.

Herr Poreski, persönliches Budget: Ja, leidenschaftlich. Aber dieses persönliche Budget – egal, in welcher Form – heißt ja nichts anderes als „Geld- statt Sachleistung“. Dann ist immer die Frage, wie hoch der Geldbetrag ist. Kann ich mit diesem Geld, das mir zur Verfügung gestellt wird, meinen Hilfebedarf, meinen Pflegebedarf, meinen Teilhabebe-

darf finanzieren? Da krankt es. Ich erlebe immer wieder Verhandlungen über ein persönliches Budget als orientalischen Markt, so nach dem Motto: „Gibst du mir was, gebe ich dir was“. Bei der Verhandlung kommt irgendwann ein Preis heraus, und keiner weiß, was sich eigentlich dahinter verbirgt.

Wenn ich dann ein persönliches Budget habe, gehört aber auch dazu, dass ich nicht nachher noch die Einzelverwendungsnachweise, die Belege zusammensammeln muss, wie es auch manche Ämter verlangen, sondern da brauche ich das Vertrauen: Wir haben das vereinbart, das soll das Ziel sein, und dann ist es auch gut, Ende.

Herr Reusch-Frey, Einelternfamilie und Verantwortungsgemeinschaft: Da hängen ganz viele Faktoren dran, und das macht es so schwer. Es sind immer unterschiedliche Akteure; ich kann das nicht einzeln machen. Das Sozialversicherungssystem ist sehr zersplittert; jeder hat seine eigenen Formulare, seine eigenen Vorgaben usw. Bei Einelternfamilien kommt auch noch das ganze Thema Familienrecht, Unterhalt und sonst etwas dazu. Da sage ich: Ich lasse die Finger davon; davon verstehe ich zu wenig. Diese Verschiedenheit macht es so schwer. Eigentlich steht in unseren Sozialgesetzbüchern überall Hilfe, Beratung usw. drin. Aber im Alltagsgeschäft – egal, ob Pflegeversicherung, Krankenversicherung, Sozialamt oder Ähnliches – kommt diese Beratung, dieses An-die-Hand-Nehmen, das eigentlich in den Grundzügen enthalten ist – das habe ich einmal gelernt – zu kurz. Insofern glaube ich nicht, dass man da etwas Zusätzliches bräuchte, aber man bräuchte es, dass man sagt: „Ich nehme dich jetzt an die Hand, ich führe dich dahin.“ Vielleicht könnte das die gemeinsame Servicestelle machen, weil man da schon versucht, zu bündeln. Aber das muss man einfach in den Blick nehmen und noch einmal sehen, wie es geht.

Der Kampf um die Hilfsmittel, auch da Lotsenfunktion: Naiv, wie ich bin – ich komme ja vom Land – habe ich immer gedacht: Man kann mit den Leuten reden, und dann kommt man zu einer Lösung. Ich stelle fest, dass man da, wo es ums Geld geht, immer weniger dazu kommt, miteinander zu reden. Von daher wäre sicherlich darüber nachzudenken, ob man nicht hier eine Art Ombudsmann für solche Dinge einrichtet und dann auch nutzen kann, damit man eine Lösung findet – eine Schiedsstellenfunktion im weitesten Sinn, wie bei dem Streik jetzt auch –, damit man nicht klagen muss. Wir versuchen immer wieder, Familien zu begleiten. Die haben Angst davor, vor Gericht zu gehen. Wenn ich mit Krankenkassen rede, heißt es immer: „Ist doch kein Problem; es liegt keine Klage vor, also ist alles perfekt.“

Also: Da „niederschwellig“ etwas zu machen meine ich nicht abwertend.

Herr Haußmann, Komplexeinrichtungen: Ja, für hochbetagte Eltern sind die Komplexeinrichtungen sogar immer die liebste Lösung; denn da haben sie das Rundumsorglos-Paket. Aber es ist sicherlich egal, welcher Träger das ist: Wenn man die Behindertenhilfe ermöglicht, durchaus auch mit der Altenhilfe und der Pflege zusammen, wo es darum geht, Lösungen zu finden, dass man Angebote schafft, um in den unterschiedlichen Lebenslagen, in denen man ist, zu begleiten – – Da kann man sicherlich

noch einiges ausprobieren. Es gibt ja auch die familienentlastenden Dienste, es gibt hier Angebote, aber es ist immer nur punktuell da; ich muss gerade Glück haben. Wenn ich im Rems-Murr-Kreis wohne, habe ich das Glück, dass ich die Diakonie Stetten drumherum habe; die findet immer irgendein Angebot. Aber wenn ich irgendwo bin, wo es halt nichts gibt, dann sind die Wege weit. Das ist also immer auch das Verteilen.

Bürokratie: Auch da wäre es hilfreich, wenn man diese unterschiedlichen Anträge, die unterschiedlichen Voraussetzungen zusammenpacken könnte. Das ist natürlich ein Traum, ich weiß, aber Weihnachten kommt ja noch. Die Zersplitterung unserer Sozialgesetzbücher macht es auch in der Hilfestellung und in der Bewilligung so schwer. Ich träume immer noch von einem Antrag für alles und danach Hilfe aus einer Hand. Das hat man mit dem persönlichen Budget hinzubekommen versucht, aber daran könnte man sicherlich noch ein bisschen arbeiten.

Jetzt hoffe ich, alle Fragen beantwortet zu haben.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Frau Pagel-Steidl.

(Beifall)

Nicht nur für die überzeugenden Inhalte, sondern auch für den Zeitgewinn herzlichen Dank.

Sv. Frau Pagel-Steidl: Immer wieder gern.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Last, but not least, lieber Michael Theune. Ich darf sagen: Es freut mich natürlich besonders, einen langjährigen Kollegen und Pionier der psychiatrischen Pflege heute begrüßen zu dürfen. – Bitte.

Sv. Herr Theune: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, lieber Manfred, meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich stehe jetzt praktisch zwischen Ihnen und Ihrer Mittagspause. Wenn Sie in sich ein gewisses aufkommendes Hungergefühl fühlen, hege ich die Hoffnung, dass es eventuell auch mit dem Thema zu tun haben könnte: Psychiatrische Versorgung und psychiatrische Pflege. Ich werde versuchen, mich kurz zu fassen, auf die wesentlichen Punkte einzugehen und Sie diesbezüglich zu unterhalten.

Kurz, um das etwas einordnen zu können, vielleicht etwas zu meinem beruflichen Hintergrund: Ich bin seit 1986 in der Psychiatrie tätig, habe dort die klassische Entwicklung von der Krankenpflege über die Fachweiterbildung Psychiatrie, über das Pflegemanagementdiplom durchlaufen und bin jetzt gerade in den letzten Zügen eines berufs begleitenden Studiums als Fernstudium. Das lebenslange Lernen hört also nie auf. Das hat sich auch bei diesem Beispiel bewährt. Ich habe in dieser Zeit alle möglichen Bereiche durch. Ich habe 17 Jahre lang einen ambulanten psychiatrischen Pflegedienst aufgebaut, gemanagt und organisiert. Seit einem Jahr habe ich jetzt die Aufgabe übernommen, Case und Care Management in der Allgemeinpsychiatrie aufzubauen, sodass ich also aus dieser Perspektive auch die ganze Schnittstellenproblematik am eigenen Leib und in der Realität nacherleben darf.

Das Thema „Psychiatrische Pflege“ – heute vielleicht auch deswegen mit dem Schwerpunkt auf der ambulanten psychiatrischen Pflege und natürlich dem Fokus auf Baden-Württemberg –: Wie sieht es denn da aus? Wir haben natürlich eine Abgrenzungssystematik bei den Kostenträgern. Es ist klar: Da geht es immer um die Frage: Wer ist zuständig? Ist es das SGB XI, ist es das SGB V, um was geht es da? In diesem Zusammenhang geht es permanent auch um Schnittstellen. Das haben wir jetzt schon ausführlich gehört. Auch Herr Hegener hat es heute Morgen schon beschrieben. Da fiel auch das garstige Wort „Verschiebebahnhof“. Dieses wird in der Realität relativ häufig verwendet. Es geht also immer um die Frage „Wer ist zuständig?“ und nicht um die Frage „Was braucht der Mensch jetzt gerade, und bekommt er es?“ Vielleicht kommen wir durch diese Diskussion, die Sie durch Ihre Enquetekommission wunderbar begleiten, zu einem Paradigmenwechsel, sodass wir uns von der Systembetrachtung her in die Richtung der Betrachtung des Bedürfnisses von Menschen bewegen.

In Baden-Württemberg gibt es 13 ambulante psychiatrische Pflegedienste. Damit ist schon jetzt klar, dass wir in Baden-Württemberg eigentlich von einer flächendeckenden Versorgung weit weg sind. Das liegt natürlich daran, dass im Moment mit den Mitteln, die derzeit in Baden-Württemberg für ambulante psychiatrische Pflege gezahlt werden, keine kostendeckende Finanzierung dieser Leistungen möglich ist. Sie können davon ausgehen, dass die Träger, in der Regel Kliniken und freie Wohlfahrtsverbände, sehr wohl wissen, dass diese Leistung notwendig ist, und sie sich deswegen diese defizitären Unternehmensbereiche einfach auch leisten, wobei sie jedes Jahr aufs Neue – das kann ich aus eigener Erfahrung sagen – vor der Frage stehen: Wird es sie im nächsten Jahr noch geben oder nicht? Das ist natürlich auch keine Planungsgrundlage, weder für

die Dienste selbst noch für die Strukturen im Umfeld, schon gar nicht für die betroffenen Menschen.

Betrachten wir jetzt einmal die gesetzlichen Kernbereiche der ambulanten Pflege genau. Das Thema Finanzierung haben sie ja am 24. April, in der Anhörung zuvor, bereits ausführlich erörtert. Ich habe mir das einmal im Internet angeschaut. Es war schon beeindruckend, was da alles vorgetragen wurde.

Deshalb jetzt nur kurz zum SGB-XI-Bereich: Das war auch in den Leitfragen Thema. Auch der Pflegebedürftigkeitsbegriff ist ausführlich diskutiert worden. Sie kennen die Vorteile des neuen Begriffs; Sie kennen aber auch die Nachteile des Systems, dass es wiederum nur möglich ist, eine Teilleistungsfinanzierung zu bekommen, und dass damit eine qualifizierte Leistung in einer Kontinuität natürlich niemals erschöpfend bei den Patienten ankommen kann. Allerdings sei noch der Hinweis erlaubt, dass in der Langzeitpflege – sowohl stationär als auch ambulant – eben auch psychisch erkrankte Menschen sein werden, Patienten mit Demenzen, die ebenfalls eine Form von psychiatrischen Erkrankungen sein können. Dazu zählen auch gerontopsychiatrische Diagnosen. Das heißt, das Feld im Bereich Langzeitversorgung wird auch mit Menschen besetzt sein, die psychiatrisch erkrankt sind und idealerweise dort auch eine fachpflegerische und fachmedizinische Versorgung brauchen werden.

SGB V: Herr Professor Klie – er ist gerade hinausgegangen –, noch einmal vielen Dank für das leidenschaftliche Plädoyer für die ambulante psychiatrische Pflege. Er hat angeführt, dass Begriffe das Denken leiten. Das ist auch im SGB V so. In den einzelnen Paragraphen gibt es ebenfalls Leitbegriffe. Da geht es um Formulierungen wie „Sicherstellung der ärztlichen Behandlung“ oder „Überwachung der Medikamenteneinnahme“. Das sind Begriffe, die auf den Verordnungszetteln stehen, die der betroffene Patient zu unterschreiben hat. Wenn er sich aufmerksam durchliest, was diese Menschen in der Regel tun, haben Sie schon einmal das Problem: Wie artikulieren Sie das, was damit gemeint ist? Das vielleicht auch noch als Beispiel dafür, dass Begrifflichkeiten sehr wohl Bedeutung haben.

§ 92 des SGB V setzt seit 2007 für die häusliche psychiatrische Krankenpflege Rechtsnormen und damit auch normative Vorgaben. Das ist im SGB V festgeschrieben. Aber wenn Sie das nach unten weiterverfolgen, sehen Sie: Es geht erst einmal in den Gemeinsamen Bundesausschuss, der die Richtlinien dafür definiert. Da haben wir in der Tat schon ein Problem. Denn die Richtlinien sind nicht so, dass genau definiert wäre, wer was bekommt; sie decken vielmehr erst einmal einen allgemeinen Standpunkt ab. Die Kernprobleme, die wir aus unserer Sicht dabei sehen, bestehen darin, dass es sich um eine eingegrenzte Diagnoseliste handelt, die auch nicht den Realitäten von Bedarfen entspricht. Diese müsste an dieser Stelle erneuert werden.

Viel entscheidender ist aber das Problem, dass darin eine Orientierung auf eine Begrenzung der Behandlung auf vier Monate festgeschrieben ist. Das heißt also, die häusliche psychiatrische Pflege sollte in der Regel vier Monate nicht überdauern. Das wird

von Krankenkassen in der Praxis leider oft so interpretiert, dass es danach eigentlich nicht mehr möglich ist. Deshalb gibt es ganz viel Erklärungsbedarf und Notstand, irgendwie zu vermitteln, dass das eine Orientierung ist und keine Regel, die besagen würde, dass nach vier Monaten die Behandlung an dieser Stelle nicht mehr fortzuführen sei.

Diese Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind natürlich sehr verbindlich. Bedauerlicherweise ist die Pflege mit ihren Berufsverbänden und Organisationen an der Ausgestaltung dieser Richtlinien und der Diskussion darüber nicht beteiligt. Das ist ein Aspekt der Selbstverwaltung. Da sind Vertreter der Kassen drin, da sind Vertreter der Ärzte drin. Diese definieren die Rechtsnormen und die Regeln, die dann in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgeschrieben werden. Die Pflege mit ihrer Expertise und ihren Praxiserfahrungen kann da leider jetzt nicht beteiligt werden. Sie werden jetzt sagen, es gibt die Möglichkeit der Stellungnahme. Klar, die BAPP, deren Vorsitzender ich ja seit 12 Jahren bin, nutzt das auch und gibt Stellungnahmen ein. Diese können zwar gelesen werden, müssen aber nicht unbedingt berücksichtigt werden. Gerade bei Meinungsbildungsprozessen, wenn es darum geht, Prozesse neu zu gestalten und vielleicht zu verbessern, wäre eine Diskussion sicherlich zielführend.

Zur aktuellen Situation in Baden-Württemberg: Wir hatten ja hier über die BWKG, die dankenswerterweise heute auch hier vertreten ist, einen sogenannten Chroniker-Vertrag verhandelt. Das ist ein ziemlich schrecklicher Begriff. Aber der Chroniker-Vertrag war wichtig, weil wir auf dieser Grundlage psychisch erkrankte Menschen über eine längere Zeit gut haben versorgen können, als es noch keine Richtlinie für die häusliche psychiatrische Pflege gab. Dieser Chroniker-Vertrag ist von der AOK Baden-Württemberg zum 31. August 2015 gekündigt worden, und jetzt stehen wir vor dem Problem, wie es weitergehen soll. Es geht um die Langzeitversorgung im ambulanten Bereich. Ich habe eben den Aspekt mit den vier Monaten erwähnt. Die AOK bezieht sich jetzt auf die Möglichkeit, über § 92 des SGB V Verträge zu schließen.

Eine mögliche Lösung im SGB-V-Bereich könnte § 140 sein, in dem es um die integrierte Versorgung geht. Das ist ein Modell, das bundesweit sehr stark in der Entwicklung ist und auch sehr weit verbreitet ist. In Baden-Württemberg haben wir das Problem, dass es für die psychiatrische Versorgung keinerlei Verträge für die integrierte Versorgung gibt, die ja von der Grundausrichtung her den Anspruch haben, Leistungen zu vernetzen. Das gilt für ärztliche Leistungen, fachärztliche Leistungen, das gilt für Wohnen, gemeindepsychiatrische Verbände und eben die Fachpflege. Das heißt, da haben Sie nicht das Problem, dass man über einzelne Töpfe verhandeln muss, damit die Leistung finanziert wird, sondern Sie haben im Grunde ein Budget, aus dem heraus die Leistung zielgerichtet und bedarfsorientiert erbracht werden kann.

Bis jetzt war es nicht möglich – ich muss das einfach in dieser Deutlichkeit sagen –, mit der AOK Baden-Württemberg diesbezügliche Verhandlungen zu führen. Man kann also nur hoffen, dass die politische und öffentliche Diskussion jetzt auch eine Initiative dahin

gehend auslöst, dass man für die psychiatrische Versorgung in Baden-Württemberg jetzt auch konkreter über integrierte Versorgungsmodelle sprechen kann.

Das bringt uns zum Ausgangspunkt, die stationäre Psychiatrie. In Anbetracht der Zeit nenne ich nur ein paar Zahlen. Die Situation im stationären Bereich ist ja der Auslöser dafür, wie es weitergeht. In diesem Bereich hatten wir von 1990 bis 2009 eine Fallzahlsteigerung um fast 150 %. Der Workload wird also immer größer. Wir hatten von 1990 bis 2009 eine Reduktion der Bettenzahl um 30 %. Die volkswirtschaftliche Komponente ist, dass die Dauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen im Schnitt bei 160 Tagen liegt, der Anteil der psychischen Erkrankungen für Erwerbsunfähigkeitsrenten bei 32 %.

Wir haben ein Zukunftsdilemma. Die Finanzierung der Krankenhäuser – PEPP, Psych-PV; das haben Sie in der Anhörung alles schon gehört – wird dazu führen, dass die Verweildauern in den Krankenhäusern noch weiter zurückgehen werden und früher entlassen wird. Es ist jetzt die Frage: Wer kümmert sich draußen darum? Die Leute kommen nach draußen, und eine Versorgung ist regelrecht zu organisieren. Die DGPPN sagt selbst, dass in den nächsten fünf Jahren 30 % der niedergelassenen Ärzte in den Ruhestand gehen werden. Das Loch, das wir schon jetzt haben, wird dadurch noch unendlich viel größer.

Das führt mich zum nächsten Punkt. Man könnte das Mittel und die Möglichkeiten, die die psychiatrische Fachpflege bietet, doch eigentlich nutzen, bei dieser Versorgungsproblematik positiv nachzuregulieren und den Handlungsraum der Pflege einfach neu zu denken. In klassischen Fällen – das ist klar; das ist das Krankheitsparadigma; Krankheit muss an ihren Ursachen beseitigt werden – ist die Pflege eigentlich diejenige, die im Rahmen der ärztlichen Leistungen Delegationsaufgaben wahrnimmt. Das sind Assistenz Tätigkeiten. Da werden Diskussionen zu den Themen Substitution und Delegation geführt, aber in diesem konservativen Kontext wird sich da wahrscheinlich nicht so viel geben.

Allerdings haben wir auch das Handlungsfeld der Gesundheitsförderung, das auf dem salutogenetischen Paradigma aufbaut. Da geht es um ein Gesundheitskontinuum; nur zur Erklärung. Es gibt also nicht nur krank und nur gesund, sondern irgendetwas auf einer dynamischen Skala dazwischen, was wahrscheinlich jeder nachvollziehen kann.

Ich wollte jetzt eigentlich noch auf die Stichworte Prävention und Rehabilitation eingehen, um die es heute Morgen gegangen ist. Das lasse ich jetzt einmal beiseite. Ich möchte vielmehr den Begriff Gesundheitsförderung, der ebenfalls im SGB V und im SGB XI steht, verstärken. Grundvoraussetzung dafür ist eine Beziehungsarbeit und Vertrauensarbeit, die man mit den Menschen eingehen muss, und zwar in deren Sozialraum – dieser Begriff fiel heute Morgen ebenfalls –, um mit dem und im unmittelbaren Lebensfeld der Menschen wirksam zu werden. Da ist der Nutzwert der Berufsgruppe „psychiatrische Pflege“ eindeutig zu sehen. Die gehen über die Beziehung, die gehen über das Verstehen und haben da die Möglichkeit, über vertrauensbildende Maßnah-

men diesen Menschen begleitend die Sachen zu stärken und zu begleiten, die da unbedingt notwendig sind.

„Kernbereich Pflege“, „Selbstpflegekompetenz“ und „Kohärenzgefühl“ sind Begriffe, die da vorkommen. Da geht es um Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Das kann man alles über Kommunikation und begleitende Gespräche vermitteln und damit auch die Selbstpflegekompetenz der Menschen stärken.

Damit komme ich zu den Kompetenzen der psychiatrischen Pflege. Warum kann oder sollte die psychiatrische Pflege das machen? Wenn Sie sich die Ausbildungssituation anschauen, die ja in den Leitfragen ebenfalls angesprochen wurde, sehen Sie: Wir haben im Moment ganz kurz noch die Situation, dass in der Grundausbildung für Krankenpflege nur 80 Stunden Praxiseinsatz für die psychiatrische Situation vorgeschrieben sind. Ich vertiefe das jetzt nicht, weil wir davon ausgehen können, dass eine Novellierung des Krankenpflegegesetzes auf uns zukommen wird – in der Hoffnung, dass es dann besser wird.

Wir haben leider noch den Status der besonderen Ausbildung in der Krankenpflege. Das heißt, dass dies staatlich geregelt ist und die Fachorganisationen der Pflege keinen Einfluss auf die Inhalte und die Prüfungsordnungen haben. Auch das wäre ein Thema, das in der Zukunft leicht verbessert werden könnte und weiterentwickelt werden könnte.

Zum Thema Fachweiterbildung: Wir haben im Land ganz verschiedene Fachweiterbildungen, die in der Regel bei den 760 Stunden sind, die inhaltlich aber sehr heterogen ausgestaltet sind. Es ist nicht klar: Wie sind die vergleichbar? Im Rahmen des Bologna-Prozesses müssen wir jedoch bundesweit eine Vergleichbarkeit herstellen, um zu schauen, welche Inhalte, Module und Qualifikationen da vermittelt werden. Für die Zukunft wäre natürlich auch günstig, wenn eine ECTS-Akkreditierung erreicht werden könnte und Credit-Points vergeben werden könnten, sodass man im Grunde im Wege eines Kontaktstudiums Credit-Points erwerben kann und darüber eine Anschlussfähigkeit in den tertiären Bildungsbereich bekommt, damit sich auch die Leute, die jetzt schon im Beruf sind, weiterqualifizieren können. Wir haben bei der BAPP eine Erhebung zu diesem Thema gemacht und haben an dieser Stelle nebenbei festgestellt, dass das Durchschnittsalter der Menschen, die jetzt in diesem Bereich arbeiten, bei 45 Jahren liegt. Das ist die Berufsgruppe, die momentan eigentlich am stärksten gefordert ist und die wir auch brauchen, um ambulante gemeindenahe Strukturen aufzubauen. Wir können also nicht warten, bis wir die alle nachgeschult und über Bachelor-Studiengänge geholt haben.

Zum Thema „Akademisierung der Gesundheitsberufe“: Ich kann hier aus meiner eigenen Erfahrung nur klar dafür plädieren, dass es darum geht, Studiengänge für psychiatrische Pflege zu schaffen und dafür Handlungs- und Entscheidungskompetenzen zu vermitteln. Genau da brauchen sie eine theoretische Begründung, brauchen sie Handlungszusammenhänge, die sie mit ihrem praktischen Erfahrungswissen in Verbindung bringen. Das erst macht sie zu wertvollen und qualifizierten Mitarbeitern.

Bachelor-Studiengänge würden dann die Kompetenz im Praxisfeld erwerben, und Master-Studiengänge könnten dann logischerweise die Sachen weiterentwickeln, könnten Forschung durchführen, die in diesem Feld unbedingt auch erforderlich ist. Forschung kann nicht unbedingt an Hochschulen stattfinden, aber sie kann an universitären Lehrstühlen stattfinden. Das wäre etwas, was ich an dieser Stelle unbedingt noch einmal ins Gedächtnis rufen will. Wir brauchen für die psychiatrische Pflege Forschung. Dafür gibt es erstens kaum eine Finanzierung, und zweitens gibt es keine ordentlichen Lehrstühle, die sich um dieses Thema kümmern. Wenn wir den Wissenskorpus weiterentwickeln wollen und Kompetenzen und Know-how übertragen wollen, muss man das an dieser Stelle unbedingt ergänzen.

Mein letzter Punkt ist der Wunsch nach Follow-ups. Wir haben jetzt die Gelegenheit, bei Ihnen vorzutragen und Einzelaspekte zu beleuchten. Sie müssen sich unendlich viel anhören. Ich würde mir sehr wünschen, wenn wir in Detailfragen, die sich ja auch heute Morgen wieder gezeigt haben, an anderer Stelle nochmals wirklich mit Experten der einzelnen Bereiche in die Tiefe gehen kann, um dann qualifiziert Vorschläge zu erarbeiten. Es sollte nicht der Versuch unternommen werden, jetzt in einer Viertelstunde irgendwas darzustellen, was in dem gebotenen Umfang absolut unmöglich ist.

Heute ist der 22. Mai. – Ich habe noch 20 Sekunden, Manfred.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: 18!

Sv. Herr Theune: Noch 18. – Das ist zufälligerweise der internationale Tag der Artenvielfalt. Ich hoffe natürlich auch, dass es auch bei der Versorgung psychisch erkrankter Menschen zu Artenvielfalt führt und wir auf diese Art und Weise eine Versorgungslandschaft hinbekommen, die dem Bedarf entspricht, und wir den Menschen endlich in den Mittelpunkt rücken und schauen, was er braucht. Wir sollten es nicht immer nur in Leitbildern formulieren.

Ich danke Ihnen sehr für die Gelegenheit. Das war sehr aufregend.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank. – Liebe Frau Dr. Engeser.

Abg. Dr. Marianne Engeser CDU: Sehr geehrter Herr Theune, vielen Dank für Ihren Vortrag. Sie haben eigentlich alles umfassend dargestellt. Sie haben den Aspekt „Gemeindenaher ambulante Versorgungsstruktur“ hervorgehoben; das ist eigentlich das, was wir brauchen, wenn wir eine gute ambulante Versorgung darstellen wollen, nicht immer nur noch mehr stationäre Bereiche. Wichtig sind auch die Fragen Ausbildung und Finanzierung. Das war das Gesamtpaket. Dazu könnte ich viele Nachfragen stellen.

Meine Frage ist: Wie bekommen Sie zurzeit genügend Pflegerinnen und Pfleger in Ihrem Bereich, und wie sind die bisher ausgebildet? Muss man das nicht verstärken, wenn wir eine Ausbildungsreform in Richtung Generalistik machen? Das wird ja diskutiert. Was kann man da auch noch implementieren, um Wege zu eröffnen, dass auch für diesen Bereich Pflegekräfte gefunden werden können? Denn das ist eine schwere Arbeit, die sich von der Altenpflege und der Krankenpflege an sich unterscheidet.

Vielen Dank.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Frau Dr. Engeser.

Jetzt habe ich mich ausnahmsweise einmal selbst auf die Fragestellerliste gesetzt. Das sei mir verziehen.

Ich selbst habe ja auch viele Jahre ein Unternehmen verantwortet, das ähnlich wie ihr einen psychiatrischen Pflegedienst hatte. Genau die persönlichen Budgets, die Sie beschrieben hatten, konnten wir umsetzen, weil wir einen ambulanten psychiatrischen Pflegedienst hatten, der additiv komplementär beispielsweise die Wochenendversorgung übernommen hat, weil er im Gegensatz zum ambulant betreuten Wohnen oder im Gegensatz zum sozialpsychiatrischen Dienst sieben Tage in der Woche unterwegs war. Das heißt, die Vernetzungsstruktur ist ganz wichtig. Da spielt die psychiatrische Pflege eine große Rolle. Das haben wir in den schriftlichen Ausführungen gemerkt. Sehr befremdlich ist dabei tatsächlich, dass sozusagen jetzt über die Kündigung des sogenannten Chroniker-Vertrags eine zeitliche Limitierung der psychiatrischen Pflege erfolgt. Wer sich näher mit psychischen Erkrankungen beschäftigt, weiß, wie Sie es gesagt haben, dass es Wellen gibt, dass man eben nicht nur gesund oder krank ist. Deshalb wird das Arbeiten mit zeitlichen Beschränkungen der Vielfalt und den Bedürfnissen der Betroffenen nicht gerecht.

Noch eine nächste Frage: Ist das jetzige PEPP-System für die Pflegenden in den Kliniken überhaupt noch so zu dokumentieren, dass am Schluss Zeit für die Pflege, für die Fachpflege bleibt?

Welche drei Hauptkriterien sind denn notwendig bezogen auf Vergütungsverbesserung sowie die Besonderheiten der psychiatrischen Pflegeausbildung, und wo positionieren wir die zukünftigen Bachelors in der Systematik?

Herzlichen Dank.

Kollegin Wölfle.

Abg. Sabine Wölfle SPD: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Herr Theune, Sie haben erwähnt, dass der Anteil der psychiatrischen Pflege bei der Krankenpflegeausbildung sehr reduziert ist. Das findet, glaube ich, erst im dritten Ausbildungsjahr statt, und an-

sonsten wird das durch entsprechende Fortbildungen vertieft. Das haben Sie auch erwähnt. Sehen Sie – da schließe ich mich ein bisschen an das an, was Frau Dr. Engeser gesagt hat – in der generalistischen Ausbildung eine Chance, diesen Anteil bereits in der Primärausbildung zu verstärken und zu erhöhen, und sehen Sie auch die Möglichkeit, dass das auf Bundesebene hinreichend berücksichtigt wird, oder meinen Sie, dass man da auch politisch noch einmal nachsteuern muss.

Als Letztes: Sie haben ein Plädoyer für multiprofessionelle, bedarfsorientierte und flexible Settings ausgesprochen. Gibt es da Beispiele, die man sich einmal anschauen könnte – sei es in Deutschland oder auch im Ausland –, damit man sich zu dieser Begrifflichkeit einmal ein Bild machen könnte?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Frau Wölfle. – Lieber Herr Haußmann.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Nach den professionellen Fragen des Vorsitzenden kann ich mich auf einen ganz geringen Teil reduzieren.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Bitte mehr Respekt gegenüber dem Vorsitzenden!

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Das war ein Lob an den Vorsitzenden.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Das habe ich schon verstanden.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Ja, genau. Man merkt, wie der Vorsitzende bei diesem Thema mitlebt. Das ist auch gut so.

Herr Theune, Sie hatten in Ihrem Vortrag, den Sie uns auch schriftlich gegeben haben, mehrfach angesprochen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen am besten ambulant zu versorgen sind. Sie sind aber nicht so stark auf den praktischen Bereich eingegangen, jetzt auch im Hinblick auf das WTPG, das verabschiedet wurde. Wie sollte man sich die Unterbringung Pflegebedürftiger mit psychischen Erkrankungen idealerweise vorstellen, wenn wir uns das im ambulanten Bereich vorstellen?

Als zweiten Punkt komme ich noch einmal zu den Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Sie haben es auch noch einmal angesprochen. Was stellen Sie sich vor, im Bereich der Fort- und Weiterbildung noch an Verbesserungen vorzunehmen?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Herr Haußmann. – Ich gebe nun dem Referenten das Wort.

Sv. Herr Theune: Es ist die Frage nach ambulanten Versorgungsstrukturen, zur Ausbildung, zur Finanzierung und zur stationären Situation gestellt worden. Ferner ging es um die Frage: Wie bekomme ich qualifiziertes Personal?

Ganz praktisch ist es so, dass die Generation, für die ich jetzt noch stehe, eigentlich Männer in die Psychiatrie gebracht hat, nämlich dadurch, dass es einen Zivildienst gab. Diese Möglichkeit gibt es jetzt nicht mehr. Man muss also jetzt andere attraktive Generatoren finden, um Menschen, Männer in diesen Beruf zu bekommen. Das ist ein Problem, das wir in der Tat jetzt schon haben. Der Beruf ist natürlich dadurch attraktiv, dass wir selbst dafür Werbung machen müssen, welches breites Feld und welche Handlungsmöglichkeiten es da gibt. Gleichzeitig ist aber der Aspekt der Handlungsmöglichkeit etwas sehr Begrenzendes, solange Pflege noch so gedacht wird, wie sie momentan im Berufsfeld aufgestellt ist.

Logischerweise – um dieses Argument komme ich an dieser Stelle auch nicht herum – ist dieses Berufsfeld natürlich auch wirtschaftlich nicht attraktiv. Dieses Berufsfeld, das ja sehr anspruchsvoll ist und eine sehr hohe Qualifikation erfordert, ist also von den Verdienstmöglichkeiten her leider Gottes sehr begrenzt. Das erhöht die Attraktivität dieses Berufes auch nicht.

Zur generalisierten Ausbildung: Wenn das Konzept in die Richtung führt, dass Grundlagen vermittelt werden und im Anschluss dann auch spezielle Qualifikationen möglich sind, ist das sicherlich eine Attraktivität; denn im Moment ist die Ausbildung, was psychiatrische Qualifikationen anbelangt, immer abhängig davon, was in den entsprechenden Krankenpflegesschulen gerade unterrichtet wird. Das ist für das psychiatrische Segment oft auch sehr abhängig von der Klinik. Deshalb ist die Tendenz zu einer generalisierten Ausbildung mit Anschluss und entsprechenden Qualifikationen sicherlich der richtige Weg. Aber es wird mit Sicherheit auch noch zu einer Ausdifferenzierung kommen. Es wird diese Grundausbildung geben, und es muss vor allem auch wieder diese Anschlussfähigkeit in Weiterqualifikation und Akademisierung geben müssen. Das erhöht dann auch die Attraktivität dieses Berufs.

Zu Manfred Lucha, zum persönlichen Budget und zum Thema IV: Es gibt sicherlich die Möglichkeit, da Vernetzungen herzustellen, das dann zu machen. Die Begrenzung, die wir jetzt durch die vier Monate erfahren, ist natürlich etwas, was politisch sehr wohl noch einmal ein Argument braucht, dass das keine Lösung ist, die so weiterzuführen ist. Das ist einfach eine Rechtsnorm, die unheimlich Leistungen ausschließt. An dieser Stelle müsste man etwas machen.

Das persönliche Budget ist eine wunderbare Möglichkeit, in Regionen Leistungen zu schaffen und Angebote zu kreieren, die dann auch bei den Leuten ankommen. Im Grunde ist das eine IV-Konstruktion.

Die Sieben-Tage/24-Stunden-Versorgung ist das einzige Kriterium, das auch die ambulante psychiatrische Pflege unbedingt sicherstellen muss und auch leistet. Deshalb ist das ein hohes Qualitätsmerkmal.

Zum Thema „PEPP und Kliniken“: Das ist natürlich das Problem: Im PEPP-Katalog – ganz kurz – werden Leistungen kodiert, die dann entsprechend in eine Finanzierung überführt werden. Da haben die Mediziner, die ärztlichen Kollegen, natürlich die Möglichkeit, ihre Leistungen gut darzustellen. Leider hat die Berufsgruppe der Pflege diese Möglichkeit nur sehr begrenzt, was unter Umständen – also auch meiner Vermutung nach – zu einem großen Problem führen wird, weil die Verteilung der Leistungen und der Gelder letztlich dann in andere Berufsgruppen gehen kann. Auch da müsste die Pflege in die Lage versetzt werden, genauer zu beschreiben, welche Leistungen sie eigentlich erbringt, welchen Benefit sie durch ihren Beitrag leistet. Deshalb sehe ich im Bereich PEPP im Moment eine Bedrohung für den Beruf Pflege und für die Finanzierung der Berufsgruppen.

Drei Kriterien – Vergütungsverbesserung, Ausbildung und Bachelor –: Zur Vergütungsverbesserung für die Leistungen: Das ist logischerweise im Moment nur im Rahmen des SGB V möglich, über § 92, dass man da jetzt in Baden-Württemberg vielleicht einen guten Vertrag hinbekommt, dass man in der Entwicklung hin zum § 140 kommt, die IV-Versorgung, dass man da ordentliche Modelle findet.

Auch das SGB XI ist heute schon mehrfach angesprochen worden. Das ist ein Teilleistungsbetrag, aber es sind alles immer noch die klassischen Teilleistungsideen. Da muss es zu einer Entwicklung kommen, die das Ganze zusammenfasst und die Menschen in die Lage versetzt, die Leistungen auch vernetzt und gut zu bekommen.

Zur Ausbildung mit den Bachelors: Ja, das sind Leute, die eigentlich für die Praxis ausgebildet werden sollen. Sie bekommen ein weiteres Kompetenzwissen. Sie sind in der Lage, Recherchen zu betreiben, sie sind in der Lage, komplexe Handlungszusammenhänge besser zu verstehen und auch weiterzuvermitteln. Deswegen sind die Bachelor, die jetzt im Bereich der psychiatrischen Pflege in die Ausbildung gehen, sicherlich die Menschen, die unbedingt am Patienten arbeiten müssen. Wir bilden die also jetzt nicht aus für Management oder Krankenpflegeschulen oder was auch immer, sondern die müssen direkt am Patienten eingesetzt werden, damit die Leistung in der Qualität dort auch ankommt und sich über die Kollegen verbreitet.

Frau Wölfle, Sie haben auch das Thema Ausbildung angesprochen. Auf die Frage, ob generalistisch besser ist oder nicht, bin ich im Grunde schon eingegangen. Wir müssen einmal schauen, wie sich das Krankenpflegegesetz auf Bundesebene entwickelt. Solange die Berufsorganisation – egal, ob über die Pflegekammer oder anders – nicht die Möglichkeit hat, auf die Inhalte konkret Einfluss zu nehmen, wird es wahrscheinlich erst einmal auf der Gesetzesebene bleiben. Ich habe die Hoffnung, dass da mehr Qualität hineinkommt. Wir werden es sehen, wenn es soweit ist.

Beispiele für flexible Settings: Wir haben jetzt in Deutschland die Möglichkeit, z. B. nach Berlin oder nach Niedersachsen zu schauen. In Berlin und in Niedersachsen hat sich die integrierte Versorgung sehr weit entwickelt. Die Kollegen von dort berichten auch einhellig, dass das eine Leistungskonstruktion ist, die die Versorgung der psychisch erkrankten Menschen sehr viel besser gewährleistet. Ein wunderschönes Beispiel aus dem Ausland wäre die Schweiz – die ist heute Morgen auch schon erwähnt worden –; dort gibt es sehr dynamische Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Ich nenne das Beispiel Münsterlingen in der Schweiz. Die haben eine gestufte ambulante Nachsorge mit einer Akut-Intensivnachsorge und mit einer etwas längeren und weniger hochfrequenten Nachsorge im ambulanten Bereich, die aber eine Personalkontinuität sicherstellt. Das heißt, der Beziehungsaspekt zu den Menschen ist über diese Konstruktion dort möglich. Die berichten von sehr guten Erfahrungen. Was die Betroffenen selbst sagen, ist genau das, dass die mit der Konstanz der Beziehung und der Möglichkeit, je nach Bedarf intensiv in der Versorgung zu variieren, sehr zufrieden sind. Das ist ein gutes Modell. Das wäre sicherlich auch etwas, was in Baden-Württemberg wegweisend für die bundesweite Entwicklung wäre. Möglich ist im Moment, glaube ich, nur die Konstruktion der IV. Mein Appell lautet, unbedingt noch einmal politisch darauf einzuwirken, dass wir das bekommen.

Ob es am besten ambulant möglich ist, weiß ich nicht. Wir brauchen wahrscheinlich beides. Wir brauchen ambulant und stationär. Da gibt es überall unterschiedliche Schwerpunkte. Vor allem brauchen wir aber fließendere Übergänge, dass es also nicht nur entweder in die ambulante Behandlung oder in die stationäre Behandlung geht. Beides gehört vielmehr unmittelbar zusammen. Das heißt, die müssen auch ineinander wirksam werden. Im Moment ist es so: Wenn sich der Zustand eines Patienten, der sich in der ambulanten Versorgung befindet, so weit verschlechtert, dass er in die stationäre Behandlung kommt, reißt die Beziehung aus der ambulanten Versorgung ab. Das ist für den Patienten schlimm, das ist auch für die Kollegen schlimm, im Grunde wechselt dann auch das System. Das, was man in der ambulanten Versorgung aufgebaut hat, hat in der Klinik dann also erst einmal keine große Bedeutung, sondern da zählt dann die Akutheit, und dann greift das dortige System. Diese Systeme müssten also durch Übergangsbearbeitungen oder durch Leistungen, die ambulant auch dann erbracht werden können, wenn der Mensch stationär untergebracht ist, besser werden.

Ferner kam noch die Frage nach dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz. Auch dazu möchte ich ganz kurz noch etwas sagen. Da bin ich jetzt in der Tiefe nicht so drin. Ich habe mich aber bei den Kollegen informiert, welche Erfahrungen die gemacht haben. Im Papier habe ich es dargestellt. Was denen am meisten am Herzen liegt, ist die Botschaft, dass es zwar jetzt möglich ist, über das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz viel zu regeln, dass aber eine große Unsicherheit besteht: Was ist jetzt eine Zwangsbehandlung, und was ist eine Akutbehandlung? Aus dieser Unsicherheit, da in irgendwelche Verantwortlichkeiten zu geraten, ist man mit Behandlungen, was Medikationen und Ähnliches angeht, sehr zurückhaltend. Das führt zu dem Problem, dass es für viele psychisch erkrankten Menschen zu einer ziemlich langen Zeit der Entscheidungsfindung kommt, die denen auch nicht gut tut und hilft. Die haben also den Wunsch, dass da viel-

leicht noch einmal klarere Definitionen formuliert werden, was eine Akutbehandlung ist, was da dazu gehört, und wann es eigentlich eine Zwangsbehandlung ist. Diese Unsicherheit wird momentan auf dem Rücken der Menschen ausgetragen, die in akuten, schwierigen Krisensituationen sind. Das ist auch nicht wünschenswert.

Habe ich einen wichtigen Punkt vergessen?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: WTPG von Herrn Haußmann.

Sv. Herr Theune: Herr Haußmann, könnten Sie mir dazu bitte ein Stichwort liefern?

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Ja, das war das Thema Unterbringungssituation, wenn man sagt, dass die Pflegebedürftigen mit psychischen Einschränkungen möglichst ambulant zu versorgen sind. Wie sollte man sich das vorstellen?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Also bezogen auf das Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz die Bereitstellung von nicht mehr so stark kontrollierten Wohngruppen.

Sv. Herr Theune: Dazu kann ich Ihnen, ehrlich gesagt, in der Tiefe keine Antwort geben. Damit habe ich mich auch im Vorfeld nicht befasst. Ich kann zwar eine Meinung dazu abgeben, aber ich denke, da brauchen Sie eine qualifizierte, evidente Aussage. Die kann ich Ihnen an dieser Stelle leider nicht geben.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank.

Jetzt erlaube ich mir noch – das ist die Macht des Mikros – eine Nachfrage. Sehen Sie oder siehst du das Regionalbudget Richtung IV? Das wäre ja noch weiter gehend. Das würde alle Sozialleistungsträger als ein Mittel, über das wir ja schon früher immer diskutiert haben – – Sollten wir das noch einmal aufnehmen?

Sv. Herr Theune: Ich bin sehr dafür, das regionale Budget tatsächlich in die Diskussion mit einzuführen, weil damit auch eine Dynamisierung in diesem Bereich möglich ist. Das heißt also: Das Geld wird regional genau da verwendet, wo die Leistungen gebraucht und aufgebaut werden. Es ist unbedingt zu unterstützen, dass die regionalen Budgets über die Leistungserbringer dann auch ermöglicht werden. Ohne jede Frage.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Okay. – Ich sehe keine weiteren Nachfragen. Ich bedanke mich noch einmal ganz herzlich. Michael Theune, herzlichen Dank.

(Beifall)

Ich bedanke mich ganz herzlich bei allen Referentinnen und Referenten sowie bei Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, für die wie immer sachkundigen Fragen.

Einfach ein kurzes Resümee: Ich erlebe unsere Enquete-Anhörungen wirklich immer als Sternstunde hier in diesem Parlament, und das war heute Morgen genauso. Das ist einfach Champions League. Herzlichen Dank.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Wir treffen uns zur zweiten Runde um 13:45 Uhr zum zweiten Teil der heute öffentlichen Anhörung.

Ich habe noch eine gute Nachricht für den sich anschließenden nicht öffentlichen Teil: Wir dürfen heute hier bleiben. Wir müssen nicht mehr umziehen. Ich sage es Ihnen dann noch einmal: Das Publikum geht, und wir schaffen dann gleich weiter. Denn Pfingsten, Bahnstreik und anderes spielen ja auch in einem, wie wir gehört haben, systemischen Zusammenhang mit.

Ich wünsche Ihnen eine schöne Mittagspause. Für alle Interessierten: Um 13:45 Uhr geht es hier weiter.

Herzlichen Dank.

(Unterbrechung der Sitzung: 13:00 Uhr)

(Wiederaufnahme der Sitzung: 13:49 Uhr)

Teil II – öffentlich

Anhörung: „Gender, Kultursensibilität und Palliativpflege“

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr verehrte Damen und Herren! Ich weiß, wir sind noch nicht ganz vollzählig, und unser Pensum dieser relativ kurzen Mittagspause war natürlich auch sportlich – wie unser ganzes Programm sportlich ist. Aber wir fangen jetzt an, und Sie kommen dann nach und nach hinein.

Ich darf Sie zu unserer zweiten öffentlichen Anhörung am heutigen Tag herzlich begrüßen. Das Thema des heutigen Nachmittags lautet: „Gender, Kultursensibilität und Palliativpflege“. Das alles sind Aspekte, derer wir in unserer modernen Gesellschaft, in der wir leben, glaube ich, gewahr sind. Das sind die Herausforderungen, die wir gesamtgesellschaftlich, aber natürlich auch bezogen auf die professionellen und sozialen Hilfen im Auge haben müssen. Wir müssen gendersensible Pflege genauso begreifen wie die Geschlechterstrukturen in der Pflege. Wichtig ist auch die Kultursensibilität, und es ist auch wichtig, die Bedarfe zu sehen, die auf uns zukommen. Darauf müssen wir die Maßnahmen abstimmen. Ferner brauchen wir eine Sensibilisierung von Institutionen sowie Sensibilisierung und Qualifizierung des Personals. Wichtig sind auch die Besonderheiten und Herausforderungen im Bereich von Kultur- und Religionssensibilität. Weitere Aspekte sind die Palliativpflege, die Herausforderungen am Ende des Lebens, zum einen die flächendeckende Versorgung, zum anderen aber auch allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Es freut mich, dass wir auch heute Nachmittag ein extrem kompetentes Referentinnen- und Referenten-Team zusammentragen konnten. Ich darf jetzt Frau Burger, die sich mit Herrn Herpich einen Teil teilen wird, begrüßen. Sie ist die Leitung und Koordination der ambulanten Lebens- und Sterbebegleitung im Hospiz St. Martin.

Frau Burger, Ihnen gehört das Pult.

Sv. Frau Burger: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren! Mit unserem Beitrag möchten wir Ihnen ein Eindruck davon vermitteln, was Palliativpflege ausmacht und welche Rahmenbedingungen geschützt oder verändert werden sollten, damit dieser Ansatz auch umgesetzt werden kann. Unsere beiden Vorträge gehören inhaltlich zusammen.

Palliative Pflege lässt sich nicht trennen vom ganzheitlichen Ansatz der Palliative Care. Palliative Care vereint in sich die medizinische, pflegerische, soziale und spirituelle Fürsorge für einen Menschen. Das Gelingen palliativer Pflege hängt auch von diesem ganzheitlichen Ansatz ab. Um kompetent ganzheitlich zu unterstützen, braucht es verschiedene Berufsgruppen. Die müssen gut miteinander vernetzt und koordiniert werden.

Die Koordination sollte bei einem Dienst angesiedelt sein, der ohnehin in die Versorgung eingebunden ist. Koordination ist sehr zeitintensiv. Sie muss vom Kostenträger finanziert werden. Palliative Care und palliative Pflege sind komplex. Sie brauchen Freiräume. Robert Twycross, britischer Arzt und Pionier der Hospizbewegung, hat die wesentliche Aufgabe von Palliative Care so beschrieben: Palliative Care soll Menschen dabei helfen, Übergänge zu bewältigen, den Übergang von lebensgefährlicher Krankheit hin zu lebensbeendender Krankheit und von lebensbeendender Krankheit dahin, Frieden mit der unausweichlichen Situation zu finden.

Es geht jetzt nicht mehr darum, die Krankheit zu bekämpfen, sondern darum, die verbleibende Lebenszeit zu nutzen. Darum ist es wichtig, quälende Symptome zu lindern, und das braucht hohe medizinische und pflegerische Kompetenz. In dieser letzten Lebensphase geht es vor allem um Lebensqualität, und die ist völlig subjektiv. Medizinische und pflegerische Maßnahmen sind nur dann berechtigt, wenn sie der Lebensqualität dienen. Weil Lebensqualität so subjektiv ist, braucht es Gespräch und Einfühlung in die jeweilige Situation immer wieder neu. Das kostet Zeit. Und es braucht die Freiheit, jederzeit medizinische und pflegerische Handlungen zu unterlassen, wenn die Situation dies nahelegt oder wenn der Sterbende oder Schwerstkranke es so möchte.

Das alles lässt sich nicht in abrechenbaren Pflegehandlungen abbilden. Wichtig ist deshalb, die in der palliativen Versorgung ursprünglich angelegten Freiräume zu erhalten und auszubauen. In Pflegediensten und Einrichtungen der stationären Altenhilfe muss Palliative Care wirklich Teil des Konzepts sein. Palliative Pflege stellt nicht nur pflegeschonend und menschlich hohe Anforderungen, sie muss Pflegehandlungen variieren oder unterlassen, die sonst zu Recht z. B. von der Heimaufsicht eingefordert werden. Sie muss regelmäßig und frühzeitig palliative Situationen reflektieren, und sie braucht Kommunikation auf Augenhöhe, auch mit dem Hausarzt.

Ein alltägliches Beispiel: Viele Menschen mögen und können in ihren letzten Lebenstagen kaum mehr oder gar nicht mehr Flüssigkeit oder Nahrung aufnehmen. Das ist physiologisch. Es erleichtert das Atmen und reduziert beispielsweise Verschleimung. Es führt auch zur Bildung körpereigener Stoffe, die Schmerz mindern und euphorisieren. Jetzt soll der Mundraum durch kontinuierliche Mundpflege feucht gehalten werden; der Flüssigkeitsmangel im Körper wird so nicht als störend, sondern tatsächlich als erleichternd empfunden. Dieser Weg – das klingt jetzt so einfach – ist doch nicht so einfach zu gehen. Zunächst sollten sich alle beteiligten Dienste möglichst einig sein, dass das Sterben vermutlich bevorsteht. Dann muss oft darüber aufgeklärt werden, dass der Sterbende dadurch nicht verhungert oder verdurstet. Sachliche und rechtliche Unkenntnis – wie z. B. die Vorstellung, der Sterbende würde verhungern oder verdursten –, solche Unkenntnis führt dazu, dass palliative Situationen z. B. von den Pflegenden als belastend erlebt werden. Sicherheit und Gelassenheit können Pflegenden dann entwickeln, wenn sie fundierte palliative Kenntnisse haben und wenn sie in einzelnen Situationen auf Fachkompetenz und verlässlichen Rückhalt bis in die Leitungsebenen hinein bauen können. Deshalb kann palliative Kompetenz nicht an einzelne Pflegenden in einer Ein-

richtung delegiert werden. Sie muss Kultur einer Einrichtung sein. Kultur ist beständig im Wandel begriffen; wo sie nicht gepflegt wird, erstarrt sie oder verkümmert.

Im Rahmen eines Projekts haben fünf Einrichtungen der stationären Altenhilfe mit Unterstützung unseres Hospiz St. Martin ihre palliative Kompetenz vertieft. Das Projekt wurde von der Robert Bosch Stiftung gefördert. Unsere wesentlichste Erfahrung war: Der palliative Ansatz muss gut in bestehende Strukturen des Hauses integriert werden, und er ist an eine vertrauensvolle Kommunikation zwischen Professionen und zwischen Hierarchieebenen gebunden. Viele Pflegeeinrichtungen haben auf dem Weg, ihre palliative Kompetenz zu vertiefen, wertvolle Erfahrungen gesammelt. Hier sehen wir einen Auftrag an die Politik. Hilfreich wäre eine Forschung, die diese verschiedenen Ansätze vergleichend auswertet und zugänglich macht.

Ehrenamtliche Begleitung bleibt wesentlicher Teil von Palliative Care und ergänzt die palliative Pflege. Durch ehrenamtliche Begleitung wird das Sterben als Teil des Lebens erfahrbar. In Baden-Württemberg engagieren sich 7 000 Menschen in der Hospizbewegung. Ihre Erfahrung wirkt sich auch auf die gesellschaftliche Kompetenz im Umgang mit Sterben und Tod aus. Ehrenamtliche Begleitung unterstützt auch die Kohäsion unserer Gesellschaft, weil durch sie intensiver Kontakt zwischen Menschen unterschiedlichster Schichten geschieht. Wenn Sterbende und Angehörige erleben, dass Menschen sie aufsuchen, Zeit mit ihnen verbringen und schwerste Situationen mit ihnen aushalten – und das nicht von Berufs wegen, sondern aus freien Stücken –, dann hilft es ihnen manchmal, ihren Frieden mit dem bevorstehenden Tod zu finden. Hier ergänzt die ehrenamtliche Begleitung die professionellen Dienste, und sie erinnert sie an den Ansatz von Palliative Care, der den ganzen Menschen umfasst.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Frau Burger.

Ich darf Herrn Herpich nun bitten, Sie abzulösen.

Danke sehr.

(Beifall)

Sv. Herr Herpich: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren! Bevor ich jetzt nahtlos weitermache, möchte ich noch kurz etwas zu meinem Erfahrungshintergrund sagen: Neben meiner Tätigkeit in der Weiterbildung bin ich bei einem spezialisierten ambulanten Palliativdienst tätig – in der Brückenpflege –, und ich bin Krankenpfleger von Beruf.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, SAPV, leistet einen erheblichen Beitrag dazu, dass Menschen ein würdiges Sterben zu Hause möglich ist. Sie kann aber bisher nur verordnet werden, wenn komplexe Symptome vorliegen. Palliative Care sollte jedoch frühzeitig beginnen. Eine palliative Begleitung und Beratung – auch parallel zu

Therapien mit kurativem Ansatz – ist absolut sinnvoll und wichtig. Tatsache ist, dass die Frage „Was wird sein, wenn keine Heilung mehr möglich ist?“ immer im Raum steht. Unsere Erfahrung zeigt, dass der Aufbau einer Beziehung durch Besuche der betroffenen Familien zu Hause auftretende Krisen deutlich reduziert oder abschwächt. Belastende und kostenintensive Klinikaufenthalte – zum Teil auch unnötige Therapien – werden vermieden.

Im Moment leisten hier in Baden-Württemberg die Brückenpflege und die ambulanten Dienste der Hospize eine frühzeitige palliative Begleitung. Diese Strukturen sollten ausgebaut werden. Sie sind derzeit unterfinanziert, nicht überall verfügbar oder – wie z. B. die Brückenpflege – nur auf die Begleitung von Tumorpatienten beschränkt. SAPV-Teams, Brückenpflege und Hospize sind spezialisiert, arbeiten interprofessionell und sind rund um die Uhr erreichbar.

Die Richtlinien der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care beschreiben neben den spezialisierten Diensten einen palliativen Versorgungsansatz. Dieser ist ein Weg, um die Arbeitsweise und die Methoden von Palliative Care in nicht spezialisierte Strukturen zu integrieren. Das betrifft die niedergelassenen Ärzte, Krankenhäuser der Allgemeinversorgung, ambulante Pflegedienste und Pflegeheime. Hierfür müssen Qualitätsmerkmale und Finanzierungssysteme erst noch gefunden werden. Im derzeitigen System der ambulanten Pflege nach SGB V und SGB XI beispielsweise sind nur Pflegehandlungen abrechenbar. Nehmen wir an, eine Pflegekraft kommt mit dem Auftrag der Medikamentengabe zu einem Patienten. Dieser kann jedoch aufgrund seines Zustandes gar nicht mehr schlucken. Die Pflegekraft berät ausführlich, verabreicht aber kein Medikament. Eine Abrechnung ist hier nicht möglich. Es wird deutlich, dass dieses Vergütungssystem der Rolle und der Leistung der Pflege in keinsten Weise gerecht wird. Es wäre also dafür zu plädieren, in die Forschung zu investieren und grundlegend neue Vergütungsmodelle zu entwickeln.

Betroffenenorientierung ist ein Kennzeichen von Palliative Care. In unserem heute weitgehend über die Ökonomie geregelten Gesundheitssystem ist es überhaupt nicht mehr selbstverständlich, dass die Bedürfnisse der Betroffenen an erster Stelle stehen. Es wurde in dieser Enquete bereits ausführlich berichtet, dass die Pflege heute weitgehend als Kostenfaktor gesehen wird und damit zwangsläufig eine ungünstige Position hat. Immer weniger Pflegekräfte müssen immer mehr Arbeit erledigen und dabei erhebliche Kompromisse bezüglich der Qualität ihrer Arbeit machen. Wir erfahren in der Praxis den Wunsch der Betroffenen nach einer umfassenden Pflege, die beratend und unterstützend zur Seite steht. Auch Pflegende haben diesen Anspruch an ihre Arbeit. Nach einer Studie über Belastungsfaktoren von Mitarbeiterinnen im Bereich Palliative Care ist der nicht erfüllte Anspruch an die eigene Arbeit der am stärksten belastende Faktor im Umgang mit dem Tod; nicht das Sterben der Patienten an sich.

Pflege ist vielfach außerhalb des Blickfeldes der Entscheider und wird in ihrer Bedeutung für das Gesamtergebnis der Gesundheitsversorgung systematisch unterschätzt. Ich berufe mich hier auf ein Zitat von Herrn Professor Dr. Ewers der Charité Berlin:

Pflege besteht eben im Kern nicht darin, einen Körper zu waschen, eine Spritze zu verabreichen oder ärztliche Tätigkeiten zu übernehmen. Dies sind Teilaspekte von Pflege. Pflege bedeutet aber viel mehr, nämlich den Aufbau einer Beziehung, um Menschen durch gesundheitliche Krisen hindurch professionell begleiten zu können.

Vor wenigen Tagen habe ich einen schwer kranken Mann gefragt, wie er denn selbst seine Situation empfinde. Ihm kamen Tränen, und er hat gesagt, er spürt, dass alles schlechter wird. Nach einer gewissen Pause fügte er hinzu: „Es tut so gut. Bei euch darf man sterben. Ihr haltet das aus.“

Der gesetzliche Rahmen zur SAPV ist wegweisend. Ein interprofessionelles Team wird pauschal für seine Leistung bezahlt. Jede Profession ist dann in ihren charakteristischen Rollen und Aufgaben gefragt. Pflege bekommt in diesem Kontext ein eigenes Profil, mit der Aufgabe, Menschen in schweren Krisen und im Sterben umfassend zu begleiten. Pflegehandlungen sind kein Maßstab für die Effektivität dieser Arbeit. Oft ist es gerade die gezielte Unterlassung einer Handlung, die hilfreich ist und eine Normalisierung der Situation bewirkt. Aus- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich sollte anstatt reiner Wissensvermittlung mehr Persönlichkeitsförderung und Praxisreflexion beinhalten. Idealerweise findet das Lernen interprofessionell statt.

Für die Umsetzung des palliativen Versorgungsansatzes ist es wichtig, dass alle Berufsgruppen die Grundprinzipien von Palliative Care in die Praxis umsetzen können. Weiterbildung sollte zur Entwicklung einer palliativen Haltung führen. Diese Haltung kann mit Authentizität, Wertschätzung und Empathie beschrieben werden. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit führt zu einer bewussten Haltung zu eigenen Ängsten und zu eigenen Grenzen. Diese Haltung ermöglicht einen offenen Umgang mit Menschen, die ihren Tod direkt vor Augen haben.

Im Rahmen der European Palliative Care Academy der Robert Bosch Stiftung haben wir ein qualitatives Forschungsprojekt für transkulturelle Kompetenz in Palliative Care durchgeführt. Ergebnis unserer Forschung war, dass in der Begegnung mit verschiedenen kulturellen Hintergründen die persönlichen Kompetenzen weitaus entscheidender sind als Wissensaspekte. Es geht also auch hier um die Haltung, wie ich dem individuellen Menschen begegne. Offenheit, eine gute Wahrnehmung und Empathie sind entscheidend für eine gute Pflege. Außerdem hat der Austausch im Team eine wichtige unterstützende Funktion. Dafür müssen Ressourcen bereitgestellt werden.

Fazit unserer zwei Vorträge: Die Hospizbewegung und Palliative Care haben viel erreicht. Der Weg ist aber noch nicht zu Ende. Es geht jetzt vor allem darum, dass allen Menschen bei Bedarf eine palliative Begleitung zur Verfügung steht, auch den vielen einfach hochaltrigen Menschen in unserer Gesellschaft. Erkenntnisse und Erfahrung aus der Palliative Care sollten in andere Bereiche unserer Gesundheitsversorgung einfließen. Dabei geht es neben den entsprechenden Rahmenbedingungen um die beschriebene Haltung und ein eigenständiges Rollenprofil des Pflegeberufes, das sich über die Beziehung zum begleiteten Menschen definiert.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank Herr Herpich. – Frau Burger kommen Sie bitte wieder mit vor.

Frau Kollegin Dr. Engeser, Sie dürfen beginnen.

Abg. Dr. Marianne Engeser CDU: Herr Vorsitzender, sehr geehrte Vortragende, vielen Dank für Ihre Ausführungen. Nach meinem Empfinden haben Pflegekräfte aus dem Palliative-Care-Bereich, aus Hospizen oder SAPV-Teams, eine hohe gesellschaftliche Anerkennung. Im Unterschied zum normalen Pflegedienst ist also die Palliative-Care-Pflege doch sehr anerkannt. Das finde ich natürlich auch richtig und wichtig. Das liegt ja – das haben Sie beschrieben – an der Haltung, die eine Pflegerin oder ein Pfleger dem Gast, dem Patienten entgegenbringt. Wie kann es uns gelingen, das in die Ausbildung hineinzubringen? Das gehört meines Erachtens in die Ausbildung für alle Pflegeberufe. Vielleicht ist da die generalistische Ausbildung ein geeigneter Anlass, verstärkt auf die Palliative-Care-Eigenschaften hinzuwirken.

Wie können wir diesen Paradigmenwechsel in der Pflege und in der medizinischen Behandlung – Krankenhauspflege oder Altenpflege – hin zur Palliativpflege am Lebensende führen, ohne dass es zu Brüchen kommt? Wie sehen Sie das Problem der Koordination und Finanzierung? Das ist ja ein Thema, das auch Sie angeschnitten haben. Sehen Sie in dem neuen Referentenentwurf, der jetzt ganz aktuell vorliegt, Verbesserungen, oder muss man da noch politisch nacharbeiten oder nachfordern?

Wie sehen Sie die allgemeine ambulante Palliativversorgung? Welche Möglichkeiten sehen Sie, diese in der Breite zu installieren?

Vielen Dank.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Frau Dr. Engeser. – Kollege Poreski.

Ich habe vorhin die Spielregeln nicht erklärt. Wir machen immer eine Runde, sammeln, und dann wird geantwortet. Manche können es sich merken, aber besser ist es, man schreibt mit. Bitte schön.

Abg. Thomas Poreski GRÜNE: Herzlichen Dank, auch für den Vortrag, Frau Burger und Herr Herpich. Ich habe jetzt zwei Fragen.

Erstens: Sie hatten vorhin die SAPV angesprochen. Ich bitte dazu um eine zusammenfassende Darstellung, wie weit das ausreichend ist bzw. wo in diesem Bereich Nach-

besserungsbedarf besteht. Ich meine, Sie haben sehr anschaulich beschrieben, welche Effekte das hat oder haben kann. Diese Differenzierung brauchte ich jetzt noch einmal für mein Verständnis.

Meine zweite Frage bezieht sich wie die Frage von Frau Dr. Engeser auf diesen Gesetzentwurf für das Hospiz- und Palliativgesetz. Dieser sieht ja eine Beratung bisher nur für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner vor. Das heißt, für Sterbende und Angehörige im ambulanten Bereich sind nur die Krankenkassen zuständig. Dazu lautet meine Frage, ob Sie das für vertretbar oder ausreichend halten oder was Sie sich da komplementär vorstellen könnten.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Poreski. – Herr Reusch-Frey.

Abg. Thomas Reusch-Frey SPD: Sehr geehrte Frau Burger und Herr Herpich, ich möchte die Frage von Frau Dr. Engeser noch einmal aufnehmen, die Frage nach der generalistischen Ausbildung und die Möglichkeit, den Palliativgedanken dort aufzunehmen. Wie bewerten Sie die Chancen dafür, und welche Möglichkeiten müssen da gegeben sein? Das wäre das eine.

Dann geht es mir noch einmal um die Frage der Kulturkreise. Sie haben von einer transkulturellen Forschung gesprochen. Wie müsste die aussehen? Das wäre der eine Punkt dazu.

Der andere Punkt: Wie stark ist die Multikulturalität bei den Menschen gegeben, die sich ehrenamtlich engagieren? Sind da Ehrenamtliche aus unterschiedlichen Kulturkreisen vertreten?

Meine letzte Frage bezieht sich auf den Genderaspekt. Welche Rolle spielt in Ihrer Arbeit und auch beim Sterben das Geschlecht?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Reusch-Frey. – Lieber Herr Haußmann.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Sehr geehrte Frau Burger, Herr Herpich, ich darf ergänzend zu den von meiner Vorrednerin und meinen Vorrednern genannten Fragen noch zwei Aspekte hinzufügen. In Erweiterung der Frage nach der Vernetzung zur Ausbildung würde ich ergänzend auch auf stationäre Heime Bezug nehmen. In diesem Zusammenhang interessiert mich, inwieweit man die Vernetzung in diesem Bereich noch zu aktivieren hat.

Der zweite Aspekt: Sie haben ein hohes Ansehen; man weiß, was die Hospize leisten. Gleichzeitig bleibt es aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Es soll ja nicht der Eindruck entstehen: Jetzt wissen wir, wo wir Sterbende hintun können sozusagen im Sinne einer „Abschiebung“. Was erwarten Sie – wenn man es einmal in die Politik hin-

einträgt – von der Politik, dass wir das auch so begreifen und dass wir das so kommunizieren, dass es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe bleibt, eine Aufgabe, die in der Breite unserer Gesellschaft bearbeitet werden muss.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Haußmann. – Ich bitte um die Antworten.

Sv. Frau Burger: Ich fange mit den Antworten auf die Fragen an, von denen ich meine, dass ich eine gute Antwort darauf geben kann.

Ich beginne mit der Frage nach der Kultur. Ich nehme an, Sie haben diese Frage im Zusammenhang mit den Heimen gestellt. Ist das richtig? – Da hatte ich nicht von der, sage ich einmal, nationalen und menschlichen kulturellen Vielfalt gesprochen, sondern eher davon, dass jedes Haus auch eine Kultur hat und eine Kultur lebt. Die Forschung sollte einfach danach schauen: Was sind die einzelnen Kulturen in einer Einrichtung? Wie wird innerhalb dieser Kultur der bestehenden Strukturen Palliative Care eingeführt? Was muss bedacht werden? Was für Erfahrungen wurden gesammelt? Da gibt es schon eine reiche Erfahrungsvielfalt, und diese sollte aus unserer Sicht einfach einmal zusammengeführt und auf der Metaebene angeschaut werden.

Zur Frage nach den Hospizen, wie das nach unserer Vorstellung in der Zukunft aussehen soll: Aus meiner Sicht bleiben Hospize eher ein Symbolort. Es geht bestimmt nicht darum, dass alle Menschen, die auf das Sterben zugehen, im Hospiz untergebracht werden sollen. Im Gegenteil: Die Hospize sollen Anregungen geben und sollen die Strukturen dabei unterstützen, dass da, wo die Menschen ohnehin leben, sie auch begleitet werden können. Deswegen ist auch unsere Arbeit als ambulantes Hospiz oder als ambulanter Pflegedienst, die Pflegeeinrichtungen zu unterstützen oder mit ehrenamtlicher Begleitung zu unterstützen, also sowohl fachlich als auch menschlich. Das bedeutet eben auch, dass wir gesellschaftlich eine Weitung und eine Intensivierung in der Auseinandersetzung über diese existenziellen Themen haben. Ich glaube, darum sollte es gehen und nicht um eine Eingrenzung auf Spezialdienste. Die Spezialdienste sind ganz wichtig, aber sie sind für die Sondersituationen wichtig. Das gilt vor allem für die spezialisierte ambulante Versorgung und Hospize.

Sv. Herr Herpich: Ich möchte in der Reihenfolge, in der Sie gefragt haben, vorgehen.

Frau Dr. Engeser, zur Ausbildung: Ich denke, es ist nicht entscheidend, ob die Ausbildung generalistisch oder nicht generalistisch ist, ob sie akademisch oder nicht akademisch ist. Auch ich glaube: Wir brauchen Akademisierung, aber wir brauchen auch die nicht akademischen Kräfte. Entscheidend ist wirklich, dass die Ausbildung auch die Möglichkeit zu Praxisreflektion und zu Selbsterfahrung beinhaltet.

Ich finde auch, zu Palliative Care, das Sie angesprochen haben, gehört auch eine gewisse Erfahrung. Das kann man in einer Grundausbildung nicht so einfach lernen. Da

muss man über seine Arbeit nachdenken und sich auch durch Supervision austauschen und weiter wachsen.

Ganz wichtig ist aus meiner Sicht, dass die umfangreiche Praxiserfahrung auch der nicht akademischen Pflegekräfte genutzt wird. Denn da ist einfach unheimlich viel vorhanden. Um diese zu nutzen, muss sicherlich auch nach neuen Möglichkeiten genutzt werden. Nicht nur die Akademisierung bringt uns weiter, sondern auch die gezielte Nutzung der Praxiserfahrung.

Dann möchte ich etwas zum Entwurf des Hospiz- und Palliativgesetzes sagen. Ich habe ja in meinem Vortrag gesagt: Eigentlich wird das grundsätzliche System, wenn wir die ambulante Pflege nehmen, der Pflege durch die Pflegehandlungen – SGB V und SGB XI – nicht gerecht. Was das Hospiz- und Palliativgesetz jetzt vorsieht, ist, praktisch palliative Leistungen in diesem System zu definieren. Das halte ich für problematisch. Die Richtung ist schon richtig, also was das Gesetz möchte, aber ich glaube, der Weg ist problematisch und nicht zielführend.

Deshalb lautet mein Plädoyer, insgesamt zu forschen und neue Systeme zu finden, die die Pflege insgesamt besser abbilden. Denn es geht nicht nur um Palliative Care. Wir haben auch sonst in der Pflege komplexe Situationen, die sich nicht über Handlungspauschalen und im Krankenhaussystem nicht über DRGs erfassen. Dazu gibt es in anderen Ländern gute Ansätze; danach muss man einfach noch mehr schauen.

Dann möchte ich etwas zur SAPV und dazu sagen, wie es damit steht. In Baden-Württemberg wurde gerade ein neuer Vertrag abgeschlossen. Man muss sicher erst schauen, wie das dann mit dem neuen Vertrag aussieht. Ich hatte ja gesagt: Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind sicher gut so. Es kommt darauf an, wie es dann in der Praxis ausgestaltet wird, was also in der Praxis daraus gemacht wird. Es gibt sicherlich noch Probleme in ländlichen Gebieten; es ist dann eine Frage, ob es sich rechnet, dort SAPV anzubieten. Es gibt zum Teil auch Probleme mit der Akzeptanz von SAPV-Teams. Wenn die Teams keine Patienten zugewiesen bekommen, können sie nicht wirtschaftlich arbeiten.

Sv. Frau Burger: Zur Frage von Herrn Reusch-Frey, inwieweit die Beratung für Pflegeheimbewohner zugänglich gemacht werden soll: Aus meiner Sicht ist es vor allem wichtig, dass Menschen selbst wählen können, wer sie berät, also ob sie sich jetzt für einen Menschen von der Krankenkasse entscheiden, der berät, jemanden vom ambulanten Hospizdienst, von einem Pflegedienst oder was auch immer. Das sollte wirklich auch selbst gewählt werden können und auch finanziert werden. Denn so etwas hat viel mit einer Vertrauensebene zu tun. Deshalb sollte das aus meiner Sicht geweitet werden.

Sv. Herr Herpich: Zum palliativen Versorgungsansatz habe ich ja ausgeführt: Das wäre praktisch die allgemeine Palliativversorgung. Es ist ganz sicher nicht das Ziel, dass alle Menschen unter hospizlicher Begleitung, unter spezialisierter Begleitung sterben. Deshalb ist es sehr wichtig, dass alle Menschen, die im Gesundheitsbereich arbeiten,

Grundkompetenzen im Bereich Palliative Care erwerben und dass natürlich auch die Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden, dass das möglich ist. Das habe ich an einem Beispiel aus der ambulanten Pflege dargestellt, dass es im Moment eigentlich aufgrund der Rahmenbedingungen nicht möglich ist.

Herr Haußmann, Sie hatten die Vernetzung angesprochen. Vernetzung ist natürlich wichtig. In der Palliative-Care- und Hospizarbeit ist Vernetzung das A und O. Wir können nur aus unserer Erfahrung berichten, dass Vernetzung sehr viele Ressourcen beansprucht. Wenn diese nicht bereitstehen, dann ist es ein schöner Ansatz, dass wir Vernetzung brauchen, aber Netzwerke müssen gepflegt werden – erst einmal aufgebaut werden und auch gepflegt werden –, damit die Zusammenarbeit reibungslos funktioniert. Das braucht Ressourcen.

Herr Reusch-Frey, dann möchte ich noch etwas zur transkulturellen Kompetenz sagen. Es ist natürlich wichtig. Es ging um die Forschung im kulturellen Bereich. Natürlich ist wichtig, erst einmal die Lebenssituation anzuschauen und zu prüfen: Welche Bedarfe gibt es? Ich weiß aber, dass wir dazu heute noch spannende Vorträge hören.

Ich möchte jetzt noch ein Beispiel aus unserer Forschung bringen. Es ist eine qualitative, praxisnahe Forschung. Wir haben einfach die Menschen gefragt, wie es ihnen geht, die Begleiter genauso wie Betroffene, und was sich immer wieder gezeigt hat, ist, dass es einfach Vorbehalte gibt. Aus Angst, Fehler zu machen, wird dann keine Beziehung eingegangen. Da brauchen wir also gezielt Weiterbildungen, die ermutigen, auch zu dem fremden Menschen Beziehungen einzugehen, keine Angst vor Fehlern zu haben. Die sind in der Regel nicht schlimm, aber das Problem ist: Wenn ich keine Beziehung eingehe, kann ich den Menschen nicht gut begleiten. Dann kann ich zwar keine Fehler machen, aber dann ist keine gute Pflege möglich.

Sv. Frau Burger: Daran möchte ich gerade anschließen.

Frau Dr. Engeser, Sie hatten etwas zur gesellschaftlichen Anerkennung und zum Respekt vor Menschen gesagt, die in der palliativen Pflege tätig sind. Ich weiß von vielen Pflegekollegen, dass sie diese Sehnsucht auch hätten, so pflegen zu können, wie das palliativ Pflegenden tun. Ich glaube, die gesellschaftliche Anerkennung auch für ihre Arbeit z. B. in der ambulanten Pflege oder in den Pflegeeinrichtungen könnte sehr wachsen, wenn sie die entsprechenden Rahmenbedingungen hätten. Wir merken also beispielsweise, dass die Anfrage an ehrenamtliche Begleitungen im Rahmen eines Pflegeheims oder eines ambulanten Dienstes auch deshalb untergeht, weil die Pflegenden schlichtweg keine Zeit haben, noch etwas zusätzlich zu machen. Das ist ein kleiner Baustein und ein kleines Anzeichen dafür, was da alles hintenüber fällt, was wirklich auch sehr wesentlich wäre.

Er hat es schon gesagt, dass die Belastung der Pflege ganz stark damit zusammenhängt, dass sie diesem Anspruch, den sie ja selbst in sich trägt – deshalb haben die meisten von uns diesen Beruf gewählt –, eben nicht gerecht werden können.

Sv. Herr Herpich: Ich glaube, bezüglich Anerkennung ist auch wichtig, dass sie auch im professionellen Umfeld erfolgt. Ich denke dabei an das interprofessionelle Team. Im Bereich Palliative Care sind wir da sehr weit, einander auf Augenhöhe zu begegnen. Jeder hat seine Rolle, und es gibt sehr flache Hierarchien. Ich habe als Krankenpfleger in einem Uniklinikum gearbeitet und kann Ihnen sagen, dass es da ganz anders aussieht. Das ist jetzt keine Forschung, aber meine Erfahrung ist, dass es wesentlich effektiver ist, wenn man mit flachen Hierarchien ziel- oder ergebnisorientiert zusammenarbeitet. Auch das ist etwas, was im Bereich Palliative Care gut funktioniert, weil wir ein gemeinsames Ziel haben. Das ist die Betroffenenorientierung.

Meine Erfahrung aus dem Krankenhausalltag zeigt, dass in den verschiedenen Berufsgruppen durchaus verschiedene Ziele dominieren, und so ist es schwer, eine effektive Zusammenarbeit zu erreichen. Ich glaube, da hat – das ist eigentlich der Hauptpunkt, den wir Ihnen mitgeben möchten – Palliative Care viel zu bieten. Das ist ein Modellprojekt. Das sollte aber nicht auf die Begleitung von schwer kranken und sterbenden Menschen beschränkt sein, sondern diese Ideen und diese Erfahrungen können im gesamten Gesundheitssystem wertvoll sein. Ich glaube nicht, dass das nur mehr Ressourcen kostet, sondern glaube, dass das auch an vielen Stellen auch Ressourcen sparen würde, z. B. dann, wenn wir zielorientiert in interprofessionellen Teams arbeiten würden.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Ganz herzlichen Dank an Sie beide. – Gibt es noch Nachfragen aus dem Auditorium? – Dem ist nicht so. Dann sage ich noch einmal ganz herzlich Danke schön, Herr Herpich und Frau Burger.

(Beifall)

Ich darf nun Frau Professorin Dr. Katharina Gröning von der Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft, pädagogische Beratung und Diagnose unter besonderer Berücksichtigung der gesellschaftlichen Geschlechterverhältnisse, begrüßen. Very welcome in the south of Germany! Es ist schön, dass Sie heute aus Bielefeld zu uns gekommen sind. Ich hoffe, der Bahnstreik

(Sv. Frau Dr. Gröning: Konnte mich nicht abhalten!)

– konnte Sie nicht abhalten. Das ehrt uns sehr und freut uns auch.

Ich darf gleich parallel Frau Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften/AG 3 Epidemiologie & International Public Health, ebenfalls an der Universität Bielefeld, begrüßen. Auch an Sie herzlichen Dank für die Überwindung des Bahnstreiks.

Bitte, Sie haben das Wort.

Sv. Frau Dr. Gröning: Vielen Dank für die Einladung. – Sehr geehrte Abgeordnete, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren! Wir sind aufgerufen, zum Thema „Geschlechtersensible Pflege und kultursensible Pflege“ hier Fragen zu beantworten.

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

Die erste Frage lautete: „Worin besteht die Notwendigkeit einer geschlechtersensiblen Pflege, und durch welche Maßnahmen kann dem Rechnung getragen werden?“ Dazu zunächst folgende Antwort: Geschlechtlichkeit mag im Naturkörper wurzeln. Die Geschlechtlichkeit überschreitet aber den Naturkörper in allen Lebensphasen und ist Teil des ästhetischen Gesellschaftskörpers. Die Kleidung, der Schmuck, die Dinge, mit denen wir uns umgeben, das alles trägt eigentlich die ganze Biografie hindurch eine geschlechtlich-ästhetische Ausrichtung und Bedeutung, und das gilt auch als Teil unserer Identität. Dieser ästhetisch-geschlechtliche Körper wird über Pflege hergestellt. Denn wir brauchen Pflege jeden Tag. Wir tun das normalerweise allein in unseren intimen Handlungen, und mit dieser Herstellung der Geschlechteridentität durch die Pflege tagtäglich stellen wir auch gleichzeitig etwas her, was uns vor sozialer Beschämung schützt, nämlich etwas Unnahbares, was z. B. Max Scheler den „Bezirk der Ehre“ genannt hat. „Die Heiligkeit der Person“ sagt Goffman. Der gepflegte Körper, der geschlechtliche Körper, der ästhetische Körper ist gleichzeitig der Körper, vor dem man sich benimmt und der unnahbar ist.

Fehlt diese Geschlechtlichkeit und die Ästhetik – das muss man sich immer zusammen denken –, dann fehlt häufig auch der Respekt vor diesem Körper. Der Naturkörper tritt hervor, der kreatürliche Körper, und wenn man z. B. die Pflege nach ihren Geheimnissen fragt, dann sagen Pflegenden häufig: Sie glauben gar nicht, wo wir überall rasieren, wo Haare wachsen, wo keine hingehören, dass wir Perücken aufsetzen, dass wir Prothesen einsetzen, dass wir sozusagen das ästhetisch-geschlechtliche Erscheinungsbild tagtäglich herstellen. Das hat nicht nur etwas mit Pflegekunst zu tun, sondern auch mit einer gewissen Sensibilität für die Rituale, die man braucht, damit Ästhetik und Geschlechtlichkeit als Teil der Person und Identität sozusagen kommen. Wer das nicht versteht, versteht nichts von Pflege.

Gleichzeitig kommt die Pflege aus einer Anstaltstradition. Wenn man sie historisch betrachtet, ist sie also eher auf den Nutzkörper ausgerichtet, auf den hygienischen Körper. Es gibt Pflegebegriffe, die eher darauf ausgerichtet sind, dass man andere nicht ansteckt, anstatt Person zu sein.

Die Pflege hat im Rahmen ihrer Professionalisierung nun erreicht, dass sie diese Geschlechtlichkeit auch herstellen darf. Gleichzeitig gelten aber die Regeln der Ökonomie, sodass es faktisch immer unbeabsichtigt dazu kommt, dass gerade diese Dimension des Geschlechtlichen, also der Herstellung des Geschlechtlich-Ästhetischen in der Praxis zu kurz kommt. Ich sage aber auch noch einmal deutlich: In dem Maße, wie der Naturkörper hervortritt, gilt die Regel: „Vor Fleisch muss ich mich nicht benehmen.“ Also in

dem Maße, wie der Mensch unhygienisch, verletzlich, ungepflegt erscheint, steigen auch die Aggressionen in der Interaktion in der Pflege. Das heißt, die Herstellung des geschlechtlich-ästhetischen Körpers ist immer auch Gewaltprävention, weil sie genau die Unnahbarkeit der Person, die Würde der Person herstellt und den Naturkörper zurückdrängt. Wir wissen aus der Altenpflege sowie auch aus der Pflege von Patienten mit Demenz etc., dass das tatsächlich immer komplizierter wird, je weiter das Alter, die Gebrechlichkeit, die Erkrankung voranschreitet und immer wichtiger wird, und dass aufgrund von Routinen die Herstellung des Geschlechtskörpers und des ästhetischen Körpers häufig in den Hintergrund gedrängt wird, weil dafür keine Zeit mehr ist.

Die Antwort auf die Frage: „Worin besteht die Notwendigkeit?“ lautet also: erstens in der Ethik, zweitens in der Gewaltprävention und drittens um des Personseins Willen der Anvertrauten.

Zweite Frage: „Welche Geschlechterstrukturen bestehen in der nicht professionellen und professionellen Pflege?“

Die professionelle und die nicht professionelle Pflege – da sage ich Ihnen nichts Neues – ist zu 75 bis 80 % vergeschlechtlicht im Sinne von femenisiert. Laut Pfliegerthermometer 2010 ist die Pflege zudem bescheiden geworden. Diese Deprofessionalisierung von Pflege, die Bescheidenmachung dieses Berufes in einer Zeit des demografischen Wandels ist das eigentliche Problem.

Die Pflege hat sich laut Pfliegerthermometer in einem massiven Prozess des personellen Abbaus befunden, der erst langsam aufgefangen wird. Die 26 000 Arztstellen, die wir seit 2005 dazugewonnen haben, sind also durch den Abbau von 50 000 Pflegestellen kompensiert worden. Heute ist die Regel – nach dem Institut für Deutsche Pflegewissenschaft –, dass den Pflegenden erst einmal eine befristete Beschäftigung angeboten wird und Teilzeitverhältnisse angeboten werden. 47 % aller Pflegekräfte arbeiten in Teilzeitverhältnissen. Das heißt, dieser Beruf ist überhaupt nicht mehr existenzsichernd. Auch hier nimmt die Tendenz zum Zweitjob zu.

Wenn wir jetzt aber die erste Frage der Herstellung von ästhetisch-geschlechtlichem Körper, von Personsein und die ethische Bedeutung in einer Zeit des demografischen Wandels anschauen, dann kommen wir mit einer Jobmentalität und einer Bescheidenmachung der Pflege in ganz andere Konflikte, weil wir nicht mehr erwarten können, dass Pflegenden sich mit ihrem Beruf noch in dem Maß identifizieren, wie es eigentlich nötig ist. Das heißt, wir haben eigentlich – beabsichtigt oder unbeabsichtigt, das sei dahingestellt – mit der Institutionalisierung des Niedriglohnsektors in der Pflege, mit der Durchsetzung des Beschäftigungsförderungsgesetzes einer Bescheidenmachung der Pflege Tür und Tor geöffnet, die uns heute dazu führt, dass Pflege zum viertunattraktivsten Beruf hinter Müllmann und Sozialarbeiter – den dritten weiß ich nicht – geworden ist. Das ist also die viertunattraktivste Wahl für junge Leute in Bezug auf den Beruf. Das ist nicht schön, dass ein Beruf, der immer stärker gebraucht wird, bei jungen Leuten quasi so unattraktiv ist.

In diesem Zusammenhang möchte ich auch noch einmal auf die Frage eingehen: Was heißt denn das, im demografischen Wandel zu pflegen, und was heißt denn das, immer mehr mit Sterblichkeit zu tun zu haben, für die Ausbildung? Der Umgang mit Sterblichkeit ist capability, eine Fähigkeit. Das heißt, es ist keine technische Anleitung, die man mit Didaktik etc. erlernen könnte. Diese Fähigkeit wird vielmehr durch die Bewältigung von eigenen Lebenskrisen quasi erfahren. Das heißt, die eigene Konfrontation mit Verlusten und mit Sterblichkeit sowie die Bewältigung und die Reflexion in Ausbildung und Studium führen dazu, dass man mit Sterblichkeit umgehen kann. Capability ist etwas anderes als Didaktik. Das hat viel mit Entwicklung, mit Größenfantasien zu tun, die es in der Adoleszenz gibt, und auch mit dem psychischen Erwachsenwerden auch bei jungen Leuten. Genau das brauchen wir, wenn wir als Ältere oder Hochaltrige gut gepflegt werden wollen.

Wir haben die Gruppe der Haushaltshilfen. Wir haben nur eine Gruppe, in der der Männeranteil wächst. Das ist die Gruppe der pflegenden Ehemänner. Das hängt damit zusammen, dass auch in der häuslichen Pflege die Ehepartnerpflege, und zwar die Ehepartnerpflege durch hochaltrige Ehepartner, immer weiter voranschreitet und mittlerweile bei über einem Drittel liegt.

Wie beurteile ich die Datenlage? Es fehlt eine Interdependenz von quantitativen und qualitativen Strukturen in der Pflege gerade im Kontext der geschlechterorientierten Pflege. Wir haben eine Pflege mit zwei Opfern. Wir haben eine Konstruktion, bei der häuslichen Pflege z. B., dass auch die pflegenden Angehörigen eigentlich Opfer der häuslichen Situation sind. Wir haben eine starke Therapeutisierung der Pflege in der öffentlichen Wahrnehmung nach dem Motto „Rette sich, wer kann; Pflege ist ein Schicksal“, und wer klug ist, sorgt quasi dafür, dass man das organisiert, aber er kümmert sich nicht mehr selbst. Wir wissen aber aus der Forschung, dass die pflegenden Angehörigen z. B. sehr aus der Familie heraus, aus Verbundenheit, aus Loyalität zu den Eltern, aus modernen Generationsmotiven heraus pflegen und dass die öffentlichen Bilder vor allem in der häuslichen Pflege in Bezug auf die Frage der eigenen Pflegemotivation so einfach überhaupt nicht stimmen. Öffentlich sind wir also eher therapeutisch, individualistisch, modernisierungstheoretisch; die pflegenden Angehörigen sagen aber häufig etwas anderes. Da gibt es eine große Forschungslücke.

Die vorletzte Frage lautet: „Gibt es Ihrer Meinung nach geschlechtsspezifische Altersrisiken und, wenn ja, inwiefern?“

Das muss ich eigentlich gar nicht mehr beantworten. Die Altersrisiken sind so, dass im Alter eigentlich alle im Lebenslauf erworbenen Risiken kumulieren und die Problematik der Altersarmut, der Benachteiligung im Alter sehr stark ansteigt.

Ich komme jetzt zur letzten Frage und hoffe, dass ich meine Zeit eingehalten habe.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Nicht ganz, aber Sie sind ja weit gefahren.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Sv. Frau Dr. Gröning: Herzlichen Dank. – Wir haben heute den demografischen Wandel, und bei der Frage: „Werden professionell Pflegende in ihrer Ausbildung hinreichend auf Genderaspekte vorbereitet?“, müssen wir uns klar machen, dass wir heute die Generation der sogenannten Weltkrieg-2-Kinder pflegen. Das heißt, wir pflegen diejenigen alten Menschen, die in einer Zeit geboren worden sind, als der Krieg anfang, die Krieg und Kriegsfolgen erlebt haben und häufig bis in die 70er-Jahre sehr autoritäre, aggressive Erziehungsformen in anstaltsähnlichen Institutionen durchlebt haben. Wenn wir uns das nicht klar machen – die starke sexuelle Traumatisierung dieser Generation z. B. durch Flucht, Krieg, Vertreibung etc. –, können wir auch nicht richtig einschätzen, was die gedankenlose Verwendung von sexuell belasteten Pflege Techniken – rektales Fiebermessen, Verabreichung von Zäpfchen, Darmrohre, vaginale Untersuchungen –, also eine Fülle von Pflegepraktiken, die rein aus Zeitgründen oder aus Instrumentalität in Krankenhäusern angewendet wird, für hochaltrige Personen bedeutet, die im Krieg bei Flucht, Vertreibung, Gefangenschaft sexuell traumatisierte Erfahrungen gemacht haben. Wir haben nicht umsonst in der Hochaltrigkeit Wiederholungen dieses Traumas, und dann wird immer gesagt: Die sind demenzkrank, und das liegt an der Demenz, und es ist so schwierig mit den Hochaltrigen. Aber wir schauen eben viel zu wenig in die Lebensgeschichte. Die Geschlechtersensibilität, also die Berücksichtigung von Geschlechteraspekten in der Lebensgeschichte von hochaltrigen Personen, würde uns helfen, zumindest diese sexuell belasteten Pflege Techniken nicht mehr einzusetzen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank. – Ich darf gleich weitergeben. Bitte schön.

Sv. Frau Dr. Tezcan-Güntekin: Auch ich möchte Sie gern herzlich begrüßen und werde versuchen, mich kurz zu fassen.

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

Ein Satz vorweg: Ich finde es sehr wichtig, dass Kultursensibilität – diese wird häufig im Kontext von Menschen mit Migrationshintergrund diskutiert – im Kontext der unterschiedlichsten individuellen Kulturen von jedem Menschen zu betrachten und als solche auch in die Diskussion aufzunehmen. Kultursensibilität ist grundsätzlich eine Haltung, die nicht erlernt werden kann, sondern sich nur in Eigenreflexion und in ständiger Reflexion der Kultur des Gegenübers als Haltung entwickeln kann. Das vorweg.

Zur Entwicklung des Bedarfs nach kultursensibler Pflege: Schätzungen zufolge haben derzeit 8,2 % der Pflegebedürftigen einen Migrationshintergrund. In den kommenden

Jahren wird dieser Anteil sehr stark steigen. Schätzungen zufolge sind im Jahr 2013 schon 24 % der Menschen mit Migrationshintergrund 60 Jahre und älter. Also wird der Anteil der Pflegebedürftigen in dieser Bevölkerungsgruppe in den nächsten Jahren sehr stark ansteigen, weil eben die Menschen, die vor etwa 50 Jahren im Rahmen des Anwerbeabkommens als Arbeitsmigranten nach Deutschland gekommen sind, in ein Alter kommen, in dem die chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit wahrscheinlicher werden. Das war aber nicht geplant, dass sie im Alter hier sind. Ihnen fehlen auch alternde Menschen als Vorbilder. Sie haben keine Rollenbilder; denn sie haben ihre eigenen Eltern auch nicht altern sehen. Das ist eine ganz neue Situation.

Der Bedarf an kultursensibler Pflege wird in den kommenden Jahren sehr stark ansteigen. Es ist aber sehr wichtig, in diesem Kontext zu beachten, dass die Inanspruchnahme nicht immer gut gelingt. Das heißt, wenn die Angebote, die geschaffen werden oder modifiziert werden, nicht nutzerorientiert sind – da ist es auch wichtig, die Nutzer selbst nach Bedürfnissen zu fragen –, kann man davon ausgehen, dass sie nur schwer angenommen werden. Das heißt, es müssen nutzerorientierte pflegerische Angebote geschaffen werden, die zu Menschen mit Migrationshintergrund und den entsprechenden Bedürfnissen passen.

Politische und fachliche Maßnahmen sind zum einen, dass sich stationäre, teilstationäre und ambulante pflegerische Einrichtungen und Angebote systematisch kulturell öffnen müssen. Das Thema „Interkulturelle Öffnung“ sollte kontinuierlich in kommunalen Pflegekonferenzen oder in Gesundheitskonferenzen – auch wenn es ein pflegespezifisches Thema ist – behandelt werden, weil Menschen mit Migrationshintergrund – da komme ich auch noch dazu – sehr stark zu Hause gepflegt werden. Das ist eine sehr starke Belastung auch für die pflegenden Angehörigen. Die erkranken dann auch, wenn sie keine unterstützenden Leistungen in Anspruch nehmen. Deshalb könnte das auch interessant für die Gesundheitskonferenz sein.

Kulturelle Öffnung erfordert Kontinuität, zusätzliche Zeit und finanzielle Ressourcen. Immer dann, wenn es darum geht, Veränderungen einzubringen oder Neuerungen anzustoßen, ist die Finanzierungsfrage immer die Frage, die sofort auftaucht. Ich selbst habe keine Antwort darauf. Ich weiß auch nicht, ob ich als Wissenschaftlerin die richtige Ansprechpartnerin dafür bin. Aber ich traue mich zumindest, einen Vorschlag zu machen. Vielleicht könnte man so etwas wie ein Kulturelle-Öffnung-BAföG einführen, für das sich Einrichtungen mit einem Konzept ganz konkret für die kulturelle Öffnung dieser Einrichtung bewerben können. Damit beschäftigen sie sich schon einmal mit diesem Thema, und das kann dann aus einem gemeinsamen Topf aus unterschiedlichen Finanzierungsmöglichkeiten – Pflegekassen usw.; ich will jetzt nicht alle aufzählen – bezahlt werden. Es geht um unterschiedlichste innovative Ideen. Es geht also nicht darum, den Schwarzen Peter immer dem Nächsten zuzuschieben, sondern es geht darum, das gemeinsam aus einem Topf zu finanzieren; es geht darum, gemeinsam einen Topf zu schaffen, aus dem ein solches Kulturelle-Öffnung-BAföG finanziert werden könnte.

Es geht darum, kultursensible Pflege „ans Bett“ zu bringen. Dafür ist eine Weiterbildung der Pflegekräfte zum Thema „Kultursensible Pflege“ ganz wichtig; ferner brauchen wir eine stärkere Einbindung dieses Themas in die Curricula der Ausbildung unserer Pflegekräfte oder Pflegehilfskräfte. Häufig wird auch davon gesprochen, es würde genügen, wenn das Team interkulturell aufgestellt ist. Das genügt jedoch nicht. Wenn beispielsweise eine russische Person nicht kultursensibel ist, wird sie die russischen Pflegebedürftigen vielleicht völlig missverstehen; denn es gibt keine russische Kultur oder den türkischen Pflegebedürftigen. Es reicht also nicht, die Sprache zu sprechen, um die gleichen Wurzeln zu haben. Auch die müssen sensibilisiert werden.

Ich fände es gut, wenn die Leitungen dies anstoßen würden. Denn die Verantwortlichkeit und die Wahrscheinlichkeit, dass so etwas durchgebracht werden kann, sind auf Leitungsebene zu verorten. Der Leitung sollte man aber auch etwas in die Hand geben, nämlich Leitfäden mit Möglichkeiten, wie man diese kulturelle Öffnung anstoßen kann.

Zur Frage, ob man bestehende Angebote kultursensibel gestalten soll oder kulturspezifische Angebote schaffen sollte, meine ich: Bereits bestehende Angebote sollten systematisch sensibilisiert werden. Das dauert aber lange. Was jetzt in den nächsten zehn Jahren bevorsteht, ist ein massiver Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund. Für diese Generation und für bestimmte Gruppen, in denen es sehr viele Pflegebedürftige gibt, könnte es sinnvoll sein, auch sprachspezifische Angebote zu schaffen. Vor allem für Menschen mit Demenz ist das sehr wichtig. Denn sie verlernen Deutsch als Zweitsprache sozusagen schon sehr früh während ihrer Demenzerkrankung, sodass eine Kommunikation fast unmöglich wird. Gerade z. B. für die Gruppe der Aussiedler und Spätaussiedler und für die Gruppe der italienischen oder türkischen Migrantinnen und Migranten wäre es ratsam – weil die Krankheit Demenz auch so schambesetzt ist –, Möglichkeiten zu schaffen, sich an die noch ausdrucksfähigen Pflegebedürftigen wenden zu können.

Der Zugang zu pflegenden Familien mit Migrationshintergrund ist schwierig und läuft eigentlich auch nur über Vertrauen. Hier können beispielsweise Gatekeeper eine Möglichkeit darstellen, an die Familien heranzukommen. Das sind einmal Hausärzte und Fachärzte. Diese genießen ein hohes Ansehen, und deren Rat befolgt man eher. Deswegen denke ich, dass bereits sehr früh bereits bei der Diagnosestellung, wenn die Pflegebedürftigkeit deutlich wird, der Hausarzt als Gatekeeper sagen könnte: Nehmen Sie diese Hilfen in Anspruch. Er sollte schon zu diesem Zeitpunkt konkret auf Hilfen verweisen.

In der entsprechenden Community anerkannte Personen sind auch Vertrauenspersonen. Wenn diese als Mittler gewonnen werden können, erreicht man die Menschen in der Familie schon eher.

Muttersprachliches Pflegepersonal erleichtert den Zugang, aber ich denke, dass das nicht der einzige Weg ist. Es muss, wie gesagt, kultursensibel geschult sein. „Kultursensibel geschult“ ist nicht gleichbedeutend mit muttersprachlichem Personal; mutter-

sprachliches Personal, das kultursensibel geschult ist, kann stärker angenommen werden als muttersprachliches Personal, das nicht kultursensibel geschult ist.

Eine Möglichkeit der Betreuung von Familien mit Demenzerkrankten beispielsweise könnten kontinuierliche muttersprachliche Pflegeanleitungen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz sein, die alle zwei Monate beispielsweise den Haushalt aufsuchen und schauen: Was gibt es für neue Herausforderungen? In welcher Situation sind die pflegenden Angehörigen, und wie kann dieses Setting weiterhin aufrechterhalten werden? Da konkrete Maßnahmen immer wieder anzubieten, das könnte ein Weg sein.

Zur derzeitigen und künftigen Rolle von ambulanten und stationären Pflegeangeboten: Die Pflegestufe III ist bei Migrantinnen und Migranten häufiger als bei deutschen Pflegebedürftigen, aber diese Pflegebedürftigen werden zu einem sehr hohen Anteil zu Hause gepflegt, entweder allein von den Angehörigen oder unter sehr geringer Hinzunahme von ambulanten Hilfeleistungen. Abgesehen von den Pflegegeldleistungen werden stationäre und teilstationäre Angebote nicht gut angenommen. Das bedeutet aber nicht, dass man solche Angebote nicht schaffen sollte. Es braucht Zeit. Es läuft über Vertrauen, und das braucht Zeit. Das heißt, wenn ein Angebot geschaffen wird und es innerhalb eines Jahres noch nicht vollständig angenommen wird, muss klar sein: Vertrauen braucht Zeit. Das muss über Mund-zu-Mund-Propaganda von Vertrauenspersonen sozusagen erst einmal vermittelt werden.

Pflege ist in bestimmten Kulturen Familiensache. Jedoch wird auch hier der Trend in Richtung professionelle Pflege stärker, und die Notwendigkeit, kultursensible Angebote zu schaffen, steigt künftig. Der Wunsch, zu Hause von den Angehörigen gepflegt zu werden, ist ähnlich wie in Familien ohne Migrationshintergrund sehr hoch, aber die Leistbarkeit nimmt auch in Familien mit Migrationshintergrund ab. Deswegen müssen auch entsprechende Angebote geschaffen werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank. – Ich habe vorhin nicht verraten, dass wir durch den kurzfristigen Ausfall von Herrn Dr. Gohde etwas Luft gewonnen haben. Dieses Themensegment wurde in der ganzen Bandbreite bisher noch nicht so oft diskutiert, und deshalb habe ich Ihre Zeitüberschreitung einfach durchgehen lassen.

(Sv. Frau Dr. Tezcan-Güntekin: Danke schön!)

Lieber Herr Kunzmann, Sie haben das Wort.

Abg. Thaddäus Kunzmann CDU: Vielen Dank zunächst einmal für die Vorträge. Frau Professorin Gröning, heute Morgen war sehr viel von Würde und menschlicher Zuwendung die Rede. Ich mache es ungern, aber es liegt mir einfach sehr auf dem Herzen. Sie haben es jetzt nicht gesagt, aber im Manuskript habe ich es gelesen. Worte wie „Reproduktion“ im Sinne von Geburt und Kindererziehung oder „Kohorten von Weltkrieg-2-Frauen“ deuten einfach auf menschliche Ferne hin. Das ist mir schon ein bisschen aufgestoßen.

Sie haben sehr viele Aussagen zum Pflegeberuf gemacht. Die Pflegeaufgabe ist ja eine sehr weibliche Aufgabe. Umgekehrt würde mich jetzt interessieren: Wie können denn mehr Männer für die Pflege gewonnen werden, und zwar nicht nur für die Pflege als Beruf, sondern auch als Aufgabe? Die Tätigkeit von Männern in diesem Bereich hat zwar wieder zugenommen, aber wie können wieder mehr Männer dafür gewonnen werden?

Frau Dr. Tezcan-Güntekin, Sie haben gesagt, 98 % der pflegebedürftigen Zuwanderer würden in der Familie gepflegt und es würden zu wenig ambulante Dienste in Anspruch genommen. Stationäre sowieso nicht; das ergibt sich aus den 98 %. In den ganzen Anhörungen, die wir bisher gehabt haben, ist eigentlich immer die Klage geführt worden, dass die familiären Strukturen zerfallen. In diesem Zusammenhang fiel auch der Begriff der Vereinsamung. Jetzt erleben wir ja hier genau das Gegenteil. Hier scheinen offensichtlich noch familiäre Strukturen vorhanden zu sein. Der pflegebedürftige Mensch wird in der Familie gepflegt. Ich würde das jetzt eher einmal als einen Vorteil bezeichnen, wenngleich das, was Sie gesagt haben, es würden zu wenig Pflegehilfen in Anspruch genommen, sicherlich so richtig ist. Das ist jetzt der andere Aspekt.

Jetzt einmal die umgekehrte Frage: Was können wir Deutsche denn von Ihnen lernen, von den Zuwanderern lernen? Frau Professorin Gröning hat einmal davon geschrieben, den Schutz der Familie auf die später pflegende Familie auszudehnen. Das trifft ja das Problem. Wie kann man die Familienstrukturen ihrer Meinung nach einfach wieder stärken, damit auch bei uns wieder mehr in der Familie gepflegt werden kann?

(Abg. Daniel Andreas Lede Abal GRÜNE: Mehr Zuwanderung!)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Kollege Kunzmann. – Ich darf Frau Schneidewind-Hartnagel das Wort geben.

Abg. Charlotte Schneidewind-Hartnagel GRÜNE: Ich möchte zunächst die Gelegenheit nutzen, mich bei beiden Referentinnen ganz, ganz herzlich zu bedanken, nämlich für etwas, was ich eigentlich immer als Zumutung empfunden habe, zwei so kompetente Frauen aus Bielefeld hierher zu bitten und das für einen siebenminütigen Vortrag zu einem Thema, bei dem ich eigentlich der Meinung bin, dass wir dazu eine eigenständige Anhörung nötig gehabt hätten. Einige Wortbeiträge bestätigen mich in dieser Meinung.

Aber jetzt direkt zum Vortrag meine Frage an Frau Professorin Gröning: Sie haben sehr eindrucksvoll die Diskrepanz zwischen der Pflege des, wie Sie es nennen, praktischen Nutzkörpers und des geschlechtlichen Körpers dargelegt. Meine Frage an Sie wäre: Wie kann man, glauben Sie, dieses Bewusstsein und dieses Bild an diejenigen transportieren, die in der Pflege berufstätig sind, und das unter den bestehenden Arbeitsbedingungen? Wenn Sie eine Anregung für uns hätten, würde ich die gern von Ihnen hören.

Vielen Dank.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank. – Herr Hinderer, bitte sehr.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Auch ich habe noch eine Frage zum Thema „Kultursensible Pflege“. Frau Dr. Tezcan-Güntekin es wurde schon angesprochen – und es liegt ja auch noch auf –: Der hohe Anteil der zu pflegenden Personen, die in der Familie gepflegt werden – in Höhe von derzeit 98 % –, wird sich, haben Sie gesagt, verändern. Welche Möglichkeiten sehen Sie, auch die familiäre Situation so zu stabilisieren, dass das nicht total wegbricht, bzw. welche Erfahrungen haben Sie, dass auch Familien mit Migrationshintergrund Beratungsangebote, die es ja gibt – vielleicht unzureichend, aber es gibt welche, die Pflegestützpunkte, bei uns die AV-Stellen oder auch die Kooperation mit ambulanten Pflegediensten – annehmen? Was muss getan werden, damit diese Unterstützungssysteme für Angehörige vielleicht dann auch für Migranten leichter zugänglich werden?

Nichtsdestotrotz – wir können alles stabilisieren – wird es einen Wandel geben und wird es eine Entwicklung dahin gehend geben, dass verstärkt auch professionelle Pflege in Anspruch genommen werden muss. Sie haben jetzt auch darauf hingewiesen, wie wichtig gerade auch bei demenziellen Erkrankungen die muttersprachliche Pflege ist. Das heißt: Was müssen wir tun, um verstärkt auch Menschen mit Migrationshintergrund in die Pflegeberufe zu bekommen? Vielleicht haben Sie dazu noch einen Vorschlag.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank. – Lieber Herr Haußmann.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Frau Dr. Gröning und Frau Dr. Tezcan-Güntekin, herzlichen Dank.

Erste Frage, anschließend an den Vortrag von Frau Professorin Gröning: Sie haben die Thematik des Pflegepersonals, des Betreuungspersonals aus Osteuropa angesprochen. Wir beschäftigen uns hier auch im Sozialausschuss mit dem Thema „24-Stunden-Hausbetreuung“, wie es in Österreich bereits praktiziert wird. Vielleicht können Sie auch dazu etwas sagen, weil wir uns mit der Frage beschäftigen, ob das nicht nur für Baden-Württemberg, sondern für ganz Deutschland ein sinnvolles Modell wäre.

Es gab ja schon immer auch Angebote im Bereich der kultursensiblen Pflege, also beispielsweise auch für Muslime. Diese sind aber bisher noch nie so richtig angenommen worden. In der ambulanten Pflege gibt es das zum Teil, aber im stationären Bereich weiß ich auch von Projekten, bei denen man das geplant hatte, aber die Nachfrage bisher nicht im erhofften Umfang gegeben war. Sie haben es ja auch noch einmal dargestellt. Das würde mich schon einmal interessieren. Denn wenn man jetzt als Betreiber da einsteigt und hinterher gibt es keine ausreichende Nachfrage, kann man das ja nicht auf Dauer durchhalten. Dann muss man reagieren und dann doch andere Maßnahmen ergreifen.

Insofern wäre schon noch einmal die Frage, was man da auch tun kann. Mich würde einfach interessieren, ob es nicht auch aus dem Bereich der Menschen mit Migrationshintergrund Interesse gibt. Wir wollen ja keine großen Pflegeheime mehr realisieren, sondern eher wohnortnahe Möglichkeiten. Gibt es da vielleicht auch in anderen Regionen Ansätze, dass gerade auch aus dem Bereich der Menschen mit Migrationshintergrund eigene Initiativen gestartet werden – ich denke jetzt an das WTPG, also an das Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz hier in Baden-Württemberg –, auf deren Grundlage man auch die Möglichkeit hat, initiativ zu werden, beispielsweise seitens einer muslimischen Genossenschaft oder muslimischer Investoren? Gibt es denn solche Interessenten? Denn dann wäre vielleicht eher die erforderliche Akzeptanz gegeben. Denn es fehlt nicht daran, dass man sich in Baden-Württemberg damit beschäftigt, sondern daran, dass bisher schlicht und ergreifend die erforderliche Nachfrage nicht vorhanden ist.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Haußmann. – Frau Wölfle, Sie hatten sich noch gemeldet.

Abg. Sabine Wölfle SPD: Ja. Vielen Dank. – Ich habe noch ein paar kleinere Fragen. Zum einen: Meine Kollegen und ich vom Sozial-AK waren vor ein paar Jahren in den Niederlanden. Dort hat man einen ganz anderen Ansatz in der kultursensiblen Pflege. Die haben dort sozusagen Pflegeheime für bestimmte Gruppen. Wir waren auch in einem muslimischen Pflegeheim. Das ist natürlich komplett auf die Bedürfnisse der Menschen ausgerichtet: religiös, kulturell, Essensgewohnheiten. Dort haben wir hochinteressante Erfahrungen gesammelt. Ich bin mir nicht sicher, ob das etwas ist, was wir in Deutschland anstreben sollten, oder ob wir tatsächlich weiterhin den inklusiven Ansatz verfolgen sollten.

Dann zum Thema Gender: Die Pflege durch die Familie ist natürlich traditionell in vielen Kulturen etwas sehr Normales. Die Hauptlast der pflegenden Angehörigen tragen bei uns natürlich überwiegend die Frauen, auch unter großem Verzicht auf Berufstätigkeit und vieles andere. Ich weiß nicht, ob das so erstrebenswert ist, dass wir tatsächlich wieder stärker auf die Frauen zurückgehen. Aber ich vermute einmal – vielleicht haben Sie auch dazu empirische Daten –, dass auch bei Frauen mit Migrationshintergrund, die jetzt auch verstärkt in die Berufstätigkeit gehen, auch die Bereitschaft, zu pflegen, zurückgeht. Zu diesem Thema habe ich eigentlich gar nicht viel gefunden. Wie kann man

grundsätzlich die Geschlechterstrukturen in der professionellen Pflege aufbrechen? Gibt es da konkretere Vorschläge?

Dann haben Sie, Frau Professorin Gröning gesagt, dass es bei der Vorbereitung professioneller Pfleger auf Genderaspekte nicht um die Vermittlung von technischem Wissen, sondern eher um eine ethische Haltung, Feinfühligkeit und Reflexivität geht. Aber ich frage mich: Wie vermittelt man in der Ausbildung eine ethische Haltung? Dabei geht es auch um die Menschenwürde. Herr Professor Klie hat das heute Morgen zu Recht gesagt. Wie kann ich die Haltung eines Menschen tatsächlich verändern oder verbessern oder was auch immer?

Letzte Frage: Wie wird das Wissen für die von Ihnen vorgeschlagene Supervision zu den Genderaspekten vermittelt, wo gibt es hier klar erkennbare Defizite in der Praxis?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank. – Jetzt noch Kollege Lede Abal.

Abg. Daniel Andreas Lede Abal GRÜNE: Zunächst vielen Dank für den Vortrag. Ich möchte zunächst auch an die Frage, die Kollege Haußmann gestellt hat, anknüpfen und noch einmal konkret nachfragen, ob Ihnen denn auch aus anderen Regionen Beispiele – beispielsweise muslimischer Wohlfahrtspflege – bekannt sind, die dort auch wirklich spezifische Bedarfe abdecken und möglicherweise auch wirklich in die Pläne, in die lokalen Pflegepläne eingebettet sind.

Darüber hinaus haben Sie dankenswerterweise darauf hingewiesen, dass die interkulturelle Kompetenz eine sehr individuelle Sache ist. Ich möchte daran anknüpfend auch die Frage stellen, inwieweit Sie da noch besondere Unterstützung in den familiären Bereich hinein sehen. Welche Unterstützungsleistungen kann es also geben? Aber auch: Gibt es eine umfassende Untersuchung oder ist Ihnen eine solche bekannt, die speziell auch die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ermittelt hat? Das ist ja ein individueller Prozess, aber es gibt ja sicherlich auch besondere Bedarfe oder Notwendigkeiten, die sich abzeichnen.

Ich möchte umgekehrt – weil Sie die Frage der Curricula, der Ausbildungsinhalte angesprochen haben – noch ein bisschen konkreter wissen, was Sie da vermissen und insbesondere auch, was Sie bei ausländischen im Bereich der Pflege Tätigen sehen, welche besonderen Belastungssituationen Sie sehen und welche unterstützenden, qualifizierenden, begleitenden Maßnahmen diese Personen eigentlich bräuchten.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank. – Liebe Kolleginnen und Kollegen, von den 20 Minuten Budget haben wir jetzt 13 für Fragen verbraucht. Ich nehme mir jetzt die Freiheit heraus, von dem „Gohde-Gewinn“ den Referentinnen noch etwas Zeit zur Verfügung zu stellen. Denn sonst stimmt das Verhältnis nicht ganz.

Bitte sehr, Sie haben das Wort. Sie müssen jetzt nicht galoppieren.

Sv. Frau Dr. Gröning: Okay. Herzlichen Dank. – Ich verstehe mich eigentlich als Praktikerin. Ich mache seit zehn Jahren ein Projekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs“. Wir bilden Pflegetrainerinnen in Krankenhäusern aus, die gezielt dort, wo die Pflege beginnt, als Krankenschwestern Angehörige ansprechen und ihnen Pflegekurse, Beratung, Begleitung bis sechs Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt, individuelle Pflegetrainings, Familiengespräche – ganz wichtig für die Geschlechtergerechtigkeit – anbieten. Wir haben im letzten Jahr 48 000 Angehörige mit diesem Angebot erreicht – in Schleswig-Holstein, in Nordrhein-Westfalen und in Hamburg –; das wird finanziert von den AOKen Nordwest und Rheinland/Hamburg. Das machen wir seit zehn Jahren. Ich bilde die Pflegetrainerin aus. Ich bin richtig praktisch, und ich bin gar nicht abstrakt. Aber ich weiß sowohl aus der Forschung als auch der Praxis, dass die Frage der Zukunft der Pflege in unserer Gesellschaft durchaus eine Frage von Geschlechtergerechtigkeit ist. Denn wenn man pflegende Frauen fragt und pflegende Angehörige fragt, ob sie das noch einmal so machen würden, dann sagen alle nein. Sie sagen auch, dass die Konflikte häufig gar nicht vom Pflegebedürftigen ausgehen, sondern von schweren Konflikten um innerfamiliäre Gerechtigkeit.

Völlig unabhängig vom Habitus dieser Frauen und dieser Familien und dem sozialen Ort sagen sie alle sehr deutlich – selbst sehr konservative Frauen, die immer gesagt haben: das ist Pflicht für mich –: So würde ich das nicht noch einmal machen. Ich hatte erwartet, dass mein Bruder mir hilft, dass meine Schwägerin mir hilft. Alle haben mir zu Anfang etwas versprochen. Das wird aber nicht gehalten.

Sie sind dann isoliert mit der zu pflegenden Person innerhalb der Familie, und wenn es um Gerechtigkeit geht, tauchen in der Familie schwere Konflikte auf. Trotzdem sinkt die häusliche Pflege lange nicht in dem Ausmaß, wie es seit 30 Jahren wissenschaftlich prognostiziert wird. Das liegt auch daran, dass es eine sehr starke Verbundenheit in den Generationen gibt und dass alte Eltern nicht nur ihre Kinder aufgezogen haben und die alte Ethik des Vierten Gebots gilt, sondern es gilt durchaus auch eine sehr moderne Solidarität in den Familien, nämlich weil Eltern die Kinderbetreuung übernommen haben, weil sie den jungen Familien finanziell geholfen haben, weil sie eigentlich immer für Gespräche und Beratung da waren. Seit ungefähr den 90er-Jahren wissen wir, dass wir zwar eine Individualisierung von Haushalten haben, aber dass das nicht unbedingt heißt, dass die Familien zerfallen würden. Wir haben vielmehr eine multilokale Mehrgenerationsfamilie – das ist jetzt wieder ein soziologisches Wort, stammt aber nicht von mir –, und Familie muss heute an verschiedenen Orten komplexer hergestellt werden. Dazu braucht es mehr Gerechtigkeit. Wenn die Pflege alter Eltern hinzukommt, dann ist das eine zusätzliche Herausforderung an die Frage von Rollen, von Fairness innerhalb der Familien. Das geht immer besser.

Alle Leute, die wir gefragt haben – wir haben mittlerweile einen Datensatz im Umfang von jährlich ca. 5 000 Fragebögen –, sagen: Es geht besser, wenn die Familie sich gegenseitig hilft. Da muss aus meiner Sicht professionelle Hilfe einsetzen. Sie muss viel mehr in Richtung interfamilialer Gerechtigkeit, familialer Pflegenetzwerke, in Richtung „Pflege als innerfamiliäre Entwicklungsaufgabe“ gehen; denn das ist es nämlich. Die

Sorge für die alten Eltern ist eine Entwicklungsaufgabe im Familienzyklus unabhängig von Kultur oder sonst welcher Zugehörigkeit. Wenn das, sage ich einmal, einseitig zu-lasten der Frauen geht, weil diejenigen, die meinen, sie hätten damit nichts zu tun, sich von dieser generativen Verantwortung verabschieden, dann ist das nicht nur aggressiv gegenüber den alten Eltern, sondern dann führt das teilweise dazu, dass Familien sich über diese Konflikte völlig spalten. Wenn ich berate, sage ich der Familie gleich zu Anfang: Sie sind in einer Entwicklungsaufgabe. Sie sind an einem biografischen Wendepunkt in Ihrem Familienzyklus, und Sie können, wenn Sie das jetzt falsch machen, in die Krise geraten, dass Sie sich selbst bei der Beerdigung nicht mehr grüßen. So stark ist die Krise also. In der Regel kriege ich die Familien dann auch, und ich kriege sie auch in den Kontakt, dass sie sich jetzt nämlich gegenseitig helfen müssen und dass Entscheidungen zusammen getroffen werden müssen und dass auch geschaut werden muss, wie man das professionelle Pflegesetting macht. Die Dienstleistungsorientierung in unserer Gesellschaft blendet den familialen Beitrag sehr stark aus. Auch wenn ein Pflegedienst drin ist, sind trotzdem 20 Stunden die Angehörigen da, und der Patient muss in der Regel zur Toilette, wenn der Pflegedienst wieder weg ist.

Diese Verantwortung und Sorge bleibt also für viele Familien sehr deutlich, und deshalb ist die Geschlechterfrage keine, die man jetzt sozusagen ideologisch betrachten sollte, sondern eine, die wirklich viel mit familialer Fairness, mit Gerechtigkeit etc. zu tun hat.

Wir haben wenig Zeit. Viele Theorien vernachlässigen diese Netzwerkbildung, und die Dienste auch. Die kommen teilweise mit Dominanz, mit Expertise. Was die Familien aber brauchen, ist sozusagen eine Koproduktion, wenn man so will.

Ich könnte dazu jetzt ganz viel sagen; ich habe die Zeit dafür jedoch nicht. Deswegen finde ich das sehr, sehr schade.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Bitte nicht hetzen!

Sv. Frau Dr. Gröning: Zu den Beiträgen aus Osteuropa – –

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Einmal durchschnaufen, bitte! Wir nehmen uns die Zeit. Noch haben wir die Freiheit. Es gibt kein Protokoll, das man nicht außer Kraft setzen könnte. – Bitte.

Sv. Frau Dr. Gröning: Gut. Vielen Dank. – Zu den Themen aus Osteuropa: Wir haben eine Forschungs Kooperation mit Österreich. Das, was wir informell wissen – – Das Gesundheitsministerium in Österreich sagt auch: Wie toll, wir liegen am Balkan, dort ist Ungarn, dort ist Bulgarien, dort ist Tschechien etc. Wir haben das gelöst. Wir brauchen das, was die in Deutschland machen, nicht.

Wir wissen aber aus den Palliative-Care-Organisationen, dass diese osteuropäischen Hilfen drei Tage weinen und der achtzigjährige Ehemann, der nun erwartet hat, dass

seine demenzkranke Ehefrau besser versorgt wird, sich erst einmal die Lebensgeschichte dieser Frau anhören muss, die ihre Kinder zurückgelassen hat, dass diese Personen sehr schnell wechseln, dass die Anbindung nicht so ist, wie es sein sollte. Das ist also keine einfache Lösung.

Ich finde, bei diesem Wohlfahrtsmix, den wir in den 90er-Jahren gegangen sind und den die Pflegeversicherung jetzt auch allmählich mitmacht – mit den Pflegestärkungsgesetzen –, dass man also tatsächlich die Leistungen der Familie, der Zivilgesellschaft auch sieht, dass man jetzt die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf stärker sieht, sind wir, denke ich, erst am Anfang, aber ich denke, diesen Weg sollten wir gesellschaftlich weitergehen. In Nordrhein-Westfalen – das hängt natürlich auch mit Migration zusammen – ist der Anteil der häuslichen Pflege von 69 % auf 71 % gestiegen. Der Anteil sinkt also nicht überall. Die Entwicklung hängt sehr stark davon ab, wann die Hilfe einsetzt, wie sie einsetzt und ob man tatsächlich die Familie als Wohlfahrtsproduzenten auch anerkennt oder ob man sie nur als Empfänger von Dienstleistungen sieht, die man dort übrigens abkippt. Wir haben eine Pflegehilfsmittelstudie gemacht; danach wird nur ein Drittel aller Hilfsmittel so geliefert, wird so geschult und angeleitet, dass die pflegenden Angehörigen damit auch zurechtkommen. Ich könnte Ihnen noch viele, viele Ergebnisse aus unserer Empirie erzählen; da würden Sie staunen, wie sehr die familiäre Pflege auch erschwert wird.

Dann heißt es immer: Die Angehörigen nehmen keine Hilfe an.

Ethik: Ethik lernt man durch Fallbesprechungen. Dafür gibt es sozusagen eigene didaktische Dinge. Das kann man lehren, das kann man unterrichten. Denn man braucht auch ein gewisses ethisches Hintergrundwissen. Aber die ethische Haltung lernt man reflexiv durch Fallbesprechungen. Fallbesprechungen sollte es in jeder Einrichtung geben, unabhängig von dem Thema der Supervision. Es sollte aber auch vertiefte Supervision geben, weil gerade in der Pflege Teams auch interkulturell sind. Sie sind auch sehr unterschiedlich, sehr heterogen. Ich würde mir wünschen, dass das ein Qualitätsmerkmal ist, dass ethische Fallbesprechungen regelmäßig durchgeführt werden: in der ambulanten Pflege, in der stationären Pflege, wo auch immer.

Ich glaube, das andere war dann eher für dich, Hürrem.

Sv. Frau Dr. Tezcan-Güntekin: Ja, dann mache ich einmal weiter. – Zur ersten Frage, was man von Familien mit Migrationshintergrund lernen könnte – dazu hattest du ja schon viel gesagt –, möchte ich nur eines sagen: Häufig erfolgt diese Pflegeübernahme nicht freiwillig. Die Frauen – meistens sind es Frauen – rutschen da irgendwie hinein, weil sie selbst wegen der Familie oder der Kinder zu Hause sind oder die Berufstätigkeit aufgegeben haben oder gar nicht berufstätig sind. Sie werden aber nicht gefragt. Es ist selbstverständlich, dass die Person, die ohnehin irgendwie zu Hause ist, die Pflege gleich mit übernimmt. Das ist also keine bewusste Entscheidung. Ich denke, dass man das schon als Ressource betrachten sollte, die auch gefördert werden soll; wir sind nicht gegen familiäre Pflege, ganz und gar nicht, sondern sie muss unterstützt werden.

An erster Stelle steht jedoch, zu fragen, ob die beteiligten Personen das eigentlich so möchten. Das muss an allererster Stelle stehen. Dann muss man schauen, was man mit den Ressourcen machen kann. Denn vor allem das Projekt „Familiale Pflege“ versucht eben auch, Familienmitglieder mit einzubeziehen und in die Verantwortung zu ziehen, die sich normalerweise da heraushalten, die normalerweise nicht nahe genug wohnen, die irgendwie berufstätig sind, die eigentlich automatisch auch nicht die Pflege nicht als etwas Männliches betrachten und dann Fußballtraining oder Ähnliches haben. Ich möchte jetzt nicht diskriminierend werden. Aber auch Männer werden in die Verantwortung gezogen, und auch der jugendliche Enkel wird beispielsweise gefragt: Kannst du einmal in der Woche einkaufen gehen? Das wird dann festgehalten. Das ist eine Möglichkeit; das hat aber auch nichts mit Abschauen von Familien mit Migrationshintergrund zu tun. Auch dort muss das so erfolgen.

Beratungsangebote erreichen die Familien nicht; das stimmt. Möglichkeiten, das zu lösen, sind Öffentlichkeitsveranstaltungen beispielsweise in Moscheen, in Gemeinden, in Kulturvereinen. Da muss man zugehend arbeiten. Es genügt nicht, eine Öffentlichkeitsveranstaltung zum Thema Pflege auf Türkisch an irgendeinem Ort zu machen, wo die Menschen mit Migrationshintergrund nie hingehen. Die finden auch für eine solche Veranstaltung nicht hin. Das ist nicht naheliegend. Deswegen muss man zugehend arbeiten.

Ganz wichtig ist die Vermittlung von Grundsätzen in der Pflegeversicherung. Denn es ist nicht bekannt, dass bestimmte Pflegeleistungen übernommen werden können, weil nicht bekannt ist, dass ein Leben lang in diese Pflegekasse eingezahlt worden ist. Das, was da so passiert, ist ganz diffus. Es gilt zunächst einmal zu informieren und für Nachfragen bereitzustehen. Da sind eigentlich auch die Träger ein bisschen angesprochen, die ohnehin bereits ähnliche oder darauf abzielende Angebote haben. Aber sie müssen in den Lebensraum von Menschen mit Migrationshintergrund gehen, um sich Gehör zu verschaffen.

Eine ganz wichtige Sache ist auch, die Zuständigkeit für Pflegeangebote von anderen Zuständigkeiten zu trennen. Häufig wird missverstanden, dass, wenn z. B. ein ambulanter Pflegedienst in eine türkische Familie kommt und die Pflegeperson auch noch türkisch spricht, auch Vertrauen entsteht. Das ist auch gewollt. Aber es wird nicht getrennt zwischen pflegerischer Tätigkeit, die diese Person ja ausführt und für die sie auch die Zeit hat, und beispielsweise dem Übersetzen eines Briefes oder dem Anruf eines anderen Arztes oder etwas ganz anderem, was mit der Pflegetätigkeit nichts zu tun hat. Da entstehen Konflikte von Nähe und Distanz. Darauf muss man auch das Personal vorbereiten, dass es, wenn die Schwelle überschritten ist und Vertrauen gewonnen wurde oder Vertrauen entstanden ist, passieren kann, dass man eingenommen wird. Wenn man darauf vorbereitet ist, kann man mit der Familie auch darüber sprechen. Aber wenn man da hineingerät, ohne es zu wissen, kann es passieren, dass man dann ganz schnell wieder hinausgeht, weil man Angst hat, jemanden zu verletzen. Das einmal ganz konkret.

Zu der Frage, wie man Personen mit Migrationshintergrund in Pflegeberufe bekommen kann: Zunächst sollte das generelle Ansehen des Pflegeberufs erhöht werden. Das kann sicherlich nicht von jetzt auf gleich geschehen. Ich glaube, die Niedrigschwelligkeit wäre eine Möglichkeit, wenn vor allem Jugendliche, die für sich keine richtige Perspektive mehr sehen, dazu gebracht werden können, das vielleicht zu machen. Dazu gehören auch parallel zur Ausbildung laufende Deutschkurse, um Deutschkenntnisse aufzubauen.

Sv. Frau Dr. Gröning: Wenn ich das ergänzen darf: Wir haben ein Projekt „Multikulturelle Teams in der Altenhilfe“ gemacht; das ist schon etwas länger her. Da war die größte Kritik: Pflegekräfte mit Migrationshintergrund können nicht dokumentieren; sie können die Schriftsprache nicht. Die Pflegedienstleitungen haben ein perfektes Deutsch verlangt. Es gibt in der Praxis eine Reihe von hohen Barrieren, die dann vorgegeben werden, bei denen der Migrant quasi beweisen muss, dass er über besondere Kompetenzen verfügt. Da gibt es wenig Übergänge. Insbesondere bei den Pflegeberichten und bei der Dokumentation sind Leitungen häufig sehr streng gegenüber Pflegekräften und auch Auszubildenden mit Migrationshintergrund und geben ihnen das Gefühl, dass sie dem Beruf nicht gewachsen sind.

Wir haben daraufhin eine linguistische Analyse von Pflegedokumentationen gemacht, und siehe einer an: Auch die deutschen Pflegeberichte sind nicht viel besser.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Sv. Frau Dr. Tezcan-Güntekin: Die Deutschkurse sollen auch nicht unbedingt nur für Menschen mit Migrationshintergrund sein. Die sollen grundsätzlich angeboten werden. Ich will da keine extra Gruppe schaffen. Darum geht es mir nicht. Jeder, der den Bedarf bei sich sieht und Unsicherheit hinsichtlich dieses Problems spürt, der oder die sollten die Möglichkeit haben, das in Anspruch zu nehmen.

Sv. Frau Dr. Gröning: Vielleicht noch ein Punkt: Die Ausbildungsstätten, die Altenpflegeschulen und die Einrichtungen sollten die deutsche Sprache und alle Fähigkeiten, die man braucht – Dokumentation, Gespräche mit Angehörigen, die sehr wichtig sind, auch darstellende Gespräche in Deutsch –, während der gesamten Ausbildung durch besondere Deutschkenntnisse begleiten. Die Didaktik gibt es.

Sv. Frau Dr. Tezcan-Güntekin: Ein ganz wichtiges Thema ist, dass die stationäre Pflege nicht angenommen wird und deswegen die Einrichtungen, die sich eigentlich bereit erklärt haben, auf diesem Weg zu gehen, diese wieder schließen müssen. Die Angebote müssten schon so gestaltet sein, dass sie auch dann, wenn noch nicht genügend Menschen mit Migrationshintergrund dies in Anspruch nehmen, kostendeckend funktionieren können. Vielleicht ein Beispiel: Eine Tagespflege aus Gladbeck bietet zwei Mal in der Woche Tagespflege für Menschen mit türkischer Sprache an; ferner nehmen auch polnische Menschen daran teil, die die Stimmung gern mögen. Das muss auch für alle anderen offen sein. Das darf nicht nur für eine Gruppe angeboten werden. Aber es

gibt die Möglichkeit. An dem Tag gibt es zum Frühstück z. B. gar keine Wurst, weil die Skepsis groß ist, auch wenn man sagt, dass es sich um Geflügelwurst handelt. Dann gibt es an diesem Tag eben keine Wurst – aber ganz andere Sachen, beispielsweise Börek. Dann kommen auch ganz gern Nichttürken dazu. Die Frau, die das betreibt, hat das eigeninitiativ aufgezogen. Das heißt, sie selbst hat das Risiko getragen. Das ist im Moment bei allen Strukturen, die funktionieren, sichtbar. Das Risiko wird zunächst einmal selbst getragen. Bei einigen funktioniert es, bei anderen nicht. Dort funktioniert es gut.

Ein anderes Beispiel sind türkischsprachige Demenz-WGs in Berlin mit nahezu – –

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Ich habe zwar vorhin gesagt: Nicht galoppieren! Aber jetzt sollten wir so langsam die Kurve kriegen. Ja?

Sv. Frau Dr. Tezcan-Güntekin: Gut. Ja. – Nur noch zu diesen Demenz-WGs: Die funktionieren gut. 40 Bewohnerinnen und Bewohner gibt es. Und einen Deutschen, der unbedingt auch dort leben möchte. Das ist eine Wohnform, die offensichtlich angenommen wird, auch wenn es nur 40 Bewohnerinnen und Bewohner sind.

Ob Inklusion oder spezifische Angebote wichtiger wären: Man kann ruhig spezifische Angebote schaffen, aber die sollen offen für alle sein. Das soll auch kommuniziert werden, dass alle herzlich willkommen sind.

Ich überspringe jetzt etwas und komme zum Schluss.

Vielen Dank.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Frau Dr. Gröning, Frau Dr. Tezcan-Güntekin. Herzlichen Dank. Ich glaube, das ist die Freiheit des Zeitgewinns. Das war jetzt auch gut. Denn andere Themen haben wir sozusagen schon öfters redundant besprochen. Das war jetzt doch einfach auch für uns ein bisschen mit Alleinstellung.

Ich darf gleich weitermachen. Ich begrüße ganz herzlich Sie, Frau Berroth, Schatzmeisterin und ehrenamtliche kaufmännische Leitung des Hospiz in Leonberg. – Herzlich willkommen, Frau Berroth. Sie haben das Wort.

Sv. Frau Berroth: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Sehr geehrte Mitglieder der Pflegeenquete, meine Damen und Herren! Herzlichen Dank für die Einladung.

Sie haben von mir leider noch keinen Text bekommen. Sie bekommen ihn nachgeliefert. Spätestens am Dienstag ist er auf Ihrem PC. Ich habe noch so lange daran gearbeitet. Dafür baue ich vielleicht auch noch meine Antworten auf Ihre Fragen, die nachher noch kommen, mit ein.

Ich möchte als Erstes kurz an unseren früheren Kollegen Friedhelm Ernst erinnern, der nach langer schwerer Krankheit verstorben ist. Jochen Haußmann und ich haben uns genau vor einer Woche von ihm verabschiedet. In den Jahren, in denen er Mitglied des Sozialausschusses war, hat er sich ganz besonders mit dem Thema Pflege beschäftigt. Ich denke, er wäre mit dem, was Sie in der Enquete machen, sehr zufrieden. Ich hoffe, er durfte in seinen letzten Wochen eine gute Palliativpflege erleben.

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

Die meisten von Ihnen werden das Motto des in wenigen Tagen beginnenden Kirchentags in Stuttgart kennen; man kann es überall auf den Plakaten lesen. Was in dem Motto, das aus Psalm 90 stammt, mit Klugheit gemeint ist, erschließt sich allerdings erst aus der ersten Hälfte dieses Satzes. Dort steht nämlich:

Herr, lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, damit wir klug werden.

Das ist direkt und voll mit unserem Thema verbunden. Ich möchte dies heute völlig untheologisch anwenden. Außerdem möchte ich vorab daran erinnern, dass in Artikel 1 unseres Grundgesetzes der staatlichen Gewalt die Verpflichtung aufgegeben ist – ich zitiere –, „die Würde des Menschen ... zu achten und zu schützen.“ Im Vorspruch zu unserer Landesverfassung steht auch, dass die Gesetzgeber damals – ich zitiere – „von dem Willen beseelt“ waren, u. a. „die Freiheit und Würde des Menschen zu sichern“. Weshalb weise ich so ausdrücklich darauf hin? Weil die Menschenwürde die wesentliche Grundlage der Hospizarbeit ist. Es geht nämlich darum, den Menschen in allen Phasen ihres Lebens Würde zu erhalten. Es ist also gut, dass die Enquete das Thema Palliativpflege noch in ihr Beratungsprogramm aufgenommen hat. Auch die Initiative der Bundesregierung zum HPG ist deshalb grundsätzlich zu begrüßen.

Denn wie sieht es denn momentan in unserem Land und in unserer Gesellschaft aus, wenn es um das Sterben und um die letzte Lebensphase geht? Umfragen zeigen: Die große Mehrheit von uns allen will zu Hause sterben, aber nur den wenigsten Personen ist dies wirklich vergönnt. Das ist nur rund ein Viertel der Bevölkerung. Hingegen treten über 40 % der Sterbefälle im Krankenhaus und über 20 % in einem Heim auf.

Ich denke, unser aller Ziel sollte sein, alles dafür zu tun, unsere Abläufe so zu organisieren, dass wieder mehr Menschen ihre letzten Wochen, Tagen, Stunden zu Hause verbringen können.

Ein kluger Mensch hat einmal formuliert, dass es nur zwei Dinge gibt, die im Leben sicher sind: zum einen, dass wir sterben müssen, und zum Zweiten, dass wir den Zeitpunkt nicht kennen. Daraus entsteht offensichtlich bei vielen Menschen eine massive Angst. Nur so ist die flächendeckende Verdrängung des Themas „Alter und Sterben“ zu erklären. Im Buch „Palliativ Care“ von Kränzle und anderen, das ich in meinem Literaturhinweis zitiere – dieses Buch ist sehr zu empfehlen –, ist Barbara Monroe mit einem Grußwort vertreten. Sie schreibt:

Diese Abneigung, den Tod zu akzeptieren, kann dazu führen, dass die Menschen noch isolierter und ängstlicher werden.

Hinzu kommt, dass durch die Entwicklung zur Kleinfamilie das persönliche Wissen und viele Erfahrungen bezogen auf diesen Teil des Lebens schlicht verloren gegangen sind. Unsere Gesellschaft muss mühsam wieder lernen, mit dem Lebensende angemessen und würdevoll umzugehen.

Die Hospizbewegung hat Ende der Sechzigerjahre des letzten Jahrhunderts in England begonnen und in den frühen Siebzigerjahren auch in Hamburg Fuß gefasst. Parallel dazu wurde 1975 die erste moderne Palliativstation in einem Krankenhaus in Kanada eröffnet. Dies sind zwei Dinge, die sich zunächst separat entwickelt haben, aber jetzt doch immer mehr zusammenfinden. Heute ist es wichtig, deutlich dazuzusagen, dass beides nichts mit Sterbehilfe zu tun hat, sondern Hilfe beim Sterben bringen soll.

Gian Domenico Borasio ist der zweite Autor, den ich Ihnen empfehle, wenn Sie noch etwas zum Thema lesen wollen. Er hat das Buch „Über das Sterben – Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen.“ geschrieben. Bezogen auf die Einführung des Palliativgedankens in die ärztliche Ausbildung – dies gehört inzwischen dazu – hat er auch in Deutschland wirklich Bahnbrechendes erreicht. Er unterscheidet zwischen „Palliativ Cure“, also dem medizinischen Teil, und „Palliative Care“, was mehr das Umsorgen der Seele, das Kümmern auch um die Angehörigen beinhaltet.

Borasio zeigt die Stufen der Versorgung auf, die Sie auf dem Bild, das ich an die Wand geworfen habe, sehen. Das fängt an der Basis mit den niedergelassenen Haus- und Fachärzten an. Dann kommen die ambulanten Hospizdienste und die SAPV-Teams. Ich beschreibe es weiter von oben: An der Spitze stehen die Palliativstationen, die es glücklicherweise in immer mehr Krankenhäusern gibt. Er beschreibt, dass diese der Bewältigung von Krisen bei unheilbar Kranken dienen – durchaus mit dem Ziel, dass sie wieder nach Hause entlassen werden können. Das ist bei den stationären Hospizen etwas anders; dort erfolgt – es wurde von den Vorrednern schon dargestellt – Pflege und Begleitung von Schwerstkranken und ihren Angehörigen, wenn die Kranken zu Hause aus den unterschiedlichsten Gründen nicht betreut werden können. Letzteres ist auch eine

Voraussetzung, sie überhaupt aufnehmen zu dürfen. Wenn die Pflege zu Hause möglich wäre, würden die Kassen das nicht genehmigen.

Borasio weist aber gleichzeitig auch darauf hin, dass Orte bei diesem Thema eigentlich zweitrangig sind. Ich zitiere:

Palliativ Care gehört in die Köpfe, nicht in die Mauern!

Das ist in der Tat so. Das ist wirklich eine große Aufgabe, vor der wir noch stehen – es scheint heute Mittag immer wieder durch –: Wie bekommt man das in die Köpfe aller, nämlich der ganzen Gesellschaft, und vor allem auch in die Köpfe derer, die nicht bereits eine spezielle Ausbildung haben, die sie aber für ihren Beruf eigentlich brauchen würden?

Bei der Palliativbetreuung gibt es ganz verschiedene wichtige Bereiche, die oft von unterschiedlichen Personengruppen geleitet werden. Dies bezieht sich auf die zweite Folie. Diese Unterteilung ist durchaus spannend. Es ist mengenmäßig quantifiziert. Oben ist der professionelle Teil mit der Schmerztherapie, mit internistischen Symptomen wie Atemnot und anderen Problemen, die vorhin schon angesprochen wurden, und auch mit neuropsychiatrischen Symptomen abgebildet. In der unteren Hälfte ist der ganz große Teil der psychosozialen und spirituellen Begleitung abgebildet. Da passiert ganz, ganz viel im Ehrenamt.

Wer noch etwas mehr zu Spiritual Care wissen will, kann auch bei Kränzle noch einmal nachlesen. Das ist ein Gedanke, den man erst aufs zweite Mal findet – zumindest ging es mir so –, der aber ganz, ganz wichtig ist.

Dieser Teil sollte uns schon zu denken geben. Wir kümmern uns heutzutage im Normalfall vor allem um die obere Hälfte. Dass die untere Hälfte auch gebraucht wird, machen sich nicht alle klar. Das Problem heutzutage ist, dass wir uns in unserer hochtechnischen Welt vor allem um das Körperliche und um Heilung bemühen, die Seele des Menschen dabei aber öfter einmal außen vor bleibt. Leider wird es meist viel zu spät realisiert und akzeptiert, wenn Genesung nicht mehr möglich ist. Das ist oft der Punkt, an dem die menschliche Würde massiv bedroht ist.

Palliativversorgung – auch das wurde heute schon erwähnt – setzt heute in der Regel viel zu spät an. Es gibt Untersuchungen, die besagen, dass der Verlauf umso besser ist, je früher die palliative Versorgung beginnt. Erstaunlicherweise leben diese Menschen meist länger, als wenn sie durch x Krankenhausbesuche durchgezogen werden.

Allerdings ist dies bei den Betroffenen oft schwierig. Ich habe erst kürzlich eine Familie angesprochen, die ein schwerstkrankes Kind hat. Ich habe darauf hingewiesen, dass wir auch einen ambulanten Kinderhospizdienst haben. Antwort: „So schlimm ist es doch bei uns noch nicht.“ Da geht es doch wirklich nicht darum, dass man dann schneller

zum Sterben kommt. Im letzten Jahr haben wir aus unserem Hospiz sechs Menschen noch einmal nach Hause oder ins Heim entlassen. Bei Kindern ist es immer eine große Feier, wenn sie sich aus der Kinderhospizgruppe verabschieden dürfen, weil sie wieder gesund geworden sind – auch das kommt glücklicherweise vor.

Die Hospiz- und Palliativbewegung hat es sich zur Aufgabe gemacht, Personen am Lebensende so zu begleiten, dass ihre menschlichen Bedürfnisse im Mittelpunkt stehen. Eine Patientin hat mir einmal beim Kaffee an ihrem zweiten Tag bei uns erzählt, sie sei so froh; sie könne nachts wieder viel ruhiger schlafen, weil sie keine Angst mehr habe, dass sie, wenn es ihr schlechter gehe, ins Krankenhaus komme. Das hat diese Frau so stark beschäftigt, dass es ihr viele Wochen später sehr viel besser ging. Als die Krankenkasse mitteilte, sie könne den Aufenthalt im Hospiz nicht verlängern, ist die Patientin binnen zwei Wochen verstorben. Es sind manchmal schon erstaunliche Entwicklungen, die man da betrachtet.

Damit diese menschliche Begleitung gelingt, ist in der Regel ein interdisziplinäres Team nötig. Unsere Öffentlichkeitsreferentin im Leonberger Hospiz hat mir diese Folie mitgegeben, weil darauf zu sehen ist – Sie können es vermutlich nicht lesen; in dem File, das Sie dann bekommen, ist es besser zu sehen –: Die Grafik zeigt, dass der Patient im Mittelpunkt steht. Seine Angehörigen drumherum sind genauso wichtig und müssen mit begleitet werden, weil Erfahrungen dazu fehlen, was heutzutage möglich ist. Die Angehörigen nehmen dies sehr dankbar an. Sie sehen wieder die vier Teile: Spirituelles, Soziales, Psychisches und Physisches.

Bei der ganzen großen Gruppe von Menschen, die sich darum bemühen, sind ganz besonders viele gut geschulte Ehrenamtliche im Einsatz. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht leistbar und wohl auch kaum finanzierbar.

Andererseits gibt es immer noch viel zu wenig Wissen um geeignetes Verhalten bei Fachleuten und in der Gesellschaft allgemein. Es sollte z. B. zur Ausbildung der Ärzte und der Pflegenden gehören, es nicht als ein persönliches Versagen anzusehen, wenn ein Mensch stirbt, sondern auch zu akzeptieren, dass unser aller Leben eben endlich ist. Sensibilisierung und Bildung sind also gleichermaßen nötig. Dies gilt nicht nur für die Pflege, sondern auch für die Trauerarbeit, in die auch die Angehörigen einbezogen werden müssen. Lernen, loslassen zu können, ist wichtig.

Noch kurz zu den Leitfragen:

Sowohl bei der SAPV als auch bei den ambulanten Hospizdiensten gibt es leider im Land noch erhebliche Lücken. Gerade im ländlichen Raum gibt es auch immer noch viele Vorbehalte, z. B. bei Hausärzten, die fürchten, dass sie ihre Patienten verlieren oder dass sie als inkompetent angesehen werden, wenn mit der SAPV Palliativärzte zugezogen werden. Auf dem Land lässt man auch nicht einfach Fremde ins Haus. Man spürt die familiäre Verpflichtung: „Das müssen wir doch schaffen“, auch wenn es über die Grenzen der eigenen Belastbarkeit weit hinausgeht.

Zum anderen besteht natürlich eine sogenannte Mengenproblematik. Denn wenn ein ambulanter Hospizdienst in Gang gesetzt werden soll, braucht man mindestens 15 zu betreuende Ehrenamtliche, damit die Koordinatorin bzw. der Koordinator abgerechnet werden kann. Auch wenn man eine Palliativstation einrichtet, braucht es eine Mindestbettenzahl.

Das Problem bei der Implementierung der SAPV in unserem Landkreis war übrigens auch ein steuerliches Problem; z. B. Umsatzsteuerfragen und Fragen der Gemeinnützigkeit haben eine Rolle gespielt. Glücklicherweise hat man es jetzt gut geschafft.

Der Entwurf des Hospiz- und Palliativgesetzes sieht vor, dass bei den stationären Hospizen der Auszahlungssatz von 90 auf 95 % erhöht wird. Dies ist einerseits erfreulich. Ich als Schatzmeisterin würde es allerdings viel lieber sehen – – Ich könnte mit den 90 % weiterhin leben, wenn in dem Bedarfswert, von dem ausgehend diese 90 % gerechnet werden, wirklich alles enthalten wäre, was hineingehört. Denn bei manchem hat man das einfach wie bei Pflegeheimen gelöst. Beim Verwaltungspersonal gibt es einen Personalschlüssel von 1 : 40. Wenn es bei uns 40 Patienten gäbe, würde in der Tat eine Person in der Verwaltung genügen. Wir haben aber nur acht Patienten. Mit einer 20-%-Stelle, also zehn Stunden pro Woche, schafft man das nicht: Buchhaltung, Rechnungen schreiben, Gehaltsabrechnungen etc., all das, was zu Verwaltung eben dazugehört.

Ähnlich gestaltet sich, dass Öffentlichkeitsarbeit überhaupt nicht vergütet wird, obwohl die Öffentlichkeitsarbeit enorm wichtig ist. Unsere Referentin geht in Schulen, in Kindergärten, betreut Gruppen, die zu uns kommen, z. B. Klassen aus Krankenpflegeschulen, aus Altenpflegeschulen. Das ist eine riesige Aufgabe. Sie hat eine 60-%-Stelle. Das alles müssen wir aus Spenden finanzieren.

Auch die Seelsorge, die zwar im Aufgabenkatalog des Versorgungsvertrags steht, wird nicht vergütet.

Ein Problem ist, dass es mit den Kosten nicht aufgeht. Selbst wenn man das – ausgehend von einem zu niedrigen Satz – auf 95 % setzt, wird es schwierig.

Zur ambulanten Versorgung von lebensbedrohlich erkrankten Kindern möchte ich etwas vorschlagen. Ich meine, das könnte am einfachsten geregelt werden, wenn in den SAPV-Teams entsprechend ausgebildete Kinderärzte und Pflegekräfte eingebunden werden. Dafür eine Extragruppe aufzumachen ist sicherlich nicht sinnvoll; denn glücklicherweise gibt es nicht sehr viele Kinder, die das brauchen.

Es wurde nach der Gefahr gefragt, dass das professionalisiert wird. Dieser Teil der Versorgung ist natürlich glücklicherweise hochprofessionell. Der andere Teil, der gemeint ist, sind die ambulanten Kinderhospizgruppen. Man sollte anregen, dass dies in mehr Regionen des Landes stattfindet. Man könnte z. B. Best-Practice-Beispiele oder Pa-

tenmodelle machen. Bei den Kindern ist gerade wichtig, dass neben der Medizin und den Behandlungen die Bedürfnisse der Kinder – nämlich nach Spielen, Zusammensein mit Gleichaltrigen und Ähnliches – berücksichtigt werden.

Man muss dabei auch an die Geschwister und alle von einem Trauerfall im engeren Umfeld betroffenen Kinder denken.

Eine Frage war noch nach der Ansiedlung eines Case Managements bei den Krankenkassen. Ich habe mit verschiedenen Menschen darüber gesprochen. Sie haben mir gesagt: „Hilfe, nein.“ Ich habe nicht gefunden, wo im HPG-Entwurf das formuliert sein soll. Jemand muss es darin gefunden haben. Ich verweise bloß auf die Bemerkung von heute Morgen, dass nämlich die Beratungspflicht, die heute schon für die Kassen besteht, zum Teil nur mangelhaft wahrgenommen würde. Case Management hat viel mit Wirtschaftlichkeit zu tun. Ich befürchte schon, dass dann die Gefahr besteht, dass man den Störchen die Aufsicht und Steuerung über einen Froschteich überträgt. Das wäre vielleicht nicht gerade günstig.

In der Regelversorgung ist der Hospiz- und Palliativgedanke bisher kaum verankert. Es gibt aber auch kein Entgelt dafür. Das heißt: Das können sie nicht machen. Wer will, dass dieser Gedanke in die Regelversorgung mit aufgenommen wird – das haben Sie, Frau Burger und Herr Herpich, ja auch deutlich erwähnt – muss dafür wirklich Geld bereitstellen. Deshalb sage ich: Der Entwurf des HPG hat die richtige Intention. Die Einleitungsworte kann ich alle 150-prozentig unterschreiben. Aber ich habe zwei große Fragen: Zum einen: Wo soll das entsprechend geschulte Personal denn so plötzlich herkommen? Zweitens: Wer das alles zahlt, steht in dem Entwurf eigentlich nicht drin. Es steht darin: „Die Krankenkassen übernehmen es“, aber die kommen bisher gerade einigermaßen mit dem Geld aus, das sie haben. Das heißt, wenn sie mehr Geld ausgeben müssen, muss das auch irgendwo herkommen. Dort bestehen gewisse Grenzen.

Außerdem möchte ich wirklich sehr vor Überforderung und Burnout bei Pflegepersonal warnen, dem man das dann zusätzlich aufbürdet. So etwas kann nur funktionieren, wenn zusätzliches Personal in die Einrichtungen kommt.

Mein Fazit zum Entwurf des HPG: Wir brauchen keinen weiteren Aufbau von Bürokratie, sondern müssen bei Fachleuten und in der Bevölkerung allgemein das Wissen um die mit dem Thema zusammenhängenden Fragen und Prozesse auf breiter Basis erweitern. Das ist allerdings eine Aufgabe, die man auch im Land angehen kann.

Ich habe einen Vorschlag für Baden-Württemberg: Wir haben in den Neunzigerjahren für den Aufbau des Tagesmütterwesens im Land massiv die Tagesmüttervereine gefördert. Das hat sich als sehr hilfreich erwiesen. Vielleicht ließe sich Ähnliches auch für all die Organisationen und Einrichtungen institutionalisieren, die Netzwerke aufbauen und stabilisieren, also für die, die die Koordination der Kooperation übernehmen. Das wird bisher allerdings nicht vergütet. Wo es erfreulicherweise geschieht, erfolgt es in der Freizeit, und das kann man von den Menschen nicht erwarten.

Insofern möchte ich mit den Worten von Marie von Ebner-Eschenbach schließen:

Wir müssen immer lernen, zuletzt auch noch sterben lernen.

Ich denke, wir müssen weiter lernen, wie wir dabei unterstützend tätig sein können.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und bin jetzt auf Ihre Fragen gespannt.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Frau Berroth. – Beim Protokollarischen habe ich vorhin vergessen: Es ist eine große Ehre für uns, dass Sie als ehemaliges Mitglied dieses Hauses – mit Verbundenheit als ehemalige Landtagsabgeordnete – sich heute für die Enquete zur Verfügung stellen. Auch dafür einen herzlichen Dank. Wir wissen das sehr zu schätzen.

Ihr Lieben, eure Fragen haben vorhin zwölf Minuten gedauert. Bitte beim nächsten Mal etwas zusammenfassen.

Frau Dr. Engeser, bitte.

Abg. Dr. Marianne Engeser CDU: Herr Vorsitzender! Frau Berroth, vielen Dank für Ihre Ausführungen. Das meiste, was ich fragen wollte, haben Sie selbst schon als Frage in den Raum gestellt und diese auch gleich beantwortet. Man spürt, dass Sie mit der Praxis verbunden sind, dass Sie wissen, wie sich die Arbeit gestaltet und wie schwierig es ist, die finanzielle Balance zu halten.

Ein Satz regt mich zu einer Frage an. Sie haben von dem angelsächsischen Hintergrund der Hospizbewegung gesprochen und auch davon, wie sie dann zu uns nach Deutschland herüberkam. Gibt es im angelsächsischen Raum Vorbilder dafür, wie wir es im ambulanten oder im stationären Bereich besser machen könnten? Was könnten wir von ihnen noch übernehmen?

Vielen Dank.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank. – Lieber Kollege Poreski.

Abg. Thomas Poreski GRÜNE: Frau Berroth – ich versuche es wirklich kurz zu machen –, Sie haben an einer Stelle von gut geschulten Ehrenamtlichen als tragender Säule gesprochen. Meine Frage ist: Wie sollten aus Ihrer Sicht die Qualifikation und die Begleitung der Ehrenamtlichen konzeptionell gestaltet und refinanziert werden? Das ist ja auch ein wichtiger Punkt; Sie haben diesen zu Recht angesprochen.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank. – Ich gebe das Wort gleich weiter. Herr Hinderer.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Frau Berroth, auch meine Fragen haben Sie zum Teil schon beantwortet. Ich knüpfe an Ihre Aussage an: „Orte sind zweitrangig“, „Palliative Care gehört in die Köpfe“, gleichermaßen sicherlich auch der Hospizgedanke. Der mit Abstand größte Teil der Menschen, die nicht zu Hause sterben, sterben nach wie vor nicht im Hospiz, sondern sterben im ganz klassischen Altenheim bzw. Pflegeheim. Wie kann es gelingen, die Gedanken der Hospiz- und Palliativbewegung in die ganz normalen Pflegeheime hineinzutransportieren? Ein Teil Ihrer Antwort war: „Mehr Geld, mehr Personal, mehr Ressourcen“. Wie gelingt es auch bei begrenzten Ressourcen, die Ideen, die Ideale stärker zu transportieren?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Hinderer. – Herr Haußmann, bitte.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Vielen Dank, Frau Berroth. – Ich will – weil Sie es ausdrücklich angesprochen haben – das Thema „Hospiz- und Palliativdienste für Kinder“ aufgreifen. Mich würde interessieren: Sehen Sie das Angebot in Baden-Württemberg schon als ausreichend an? Besteht da noch Bedarf?

Sie haben vorhin gesagt: „Es ist kein Geld für Öffentlichkeitsarbeit da.“ Sind Angehörige gut informiert? Werden sie gut betreut? Oder bestehen auch dort Herausforderungen?

Sie haben vorhin auch die Thematik „Verwaltungspersonal, Pflegeschlüssel“ angesprochen. Bei Kleinstheimen gibt es durchaus auch Zuschläge, die im stationären Bereich gewährt werden. Sehen Sie das als eine Möglichkeit an, gerade für kleine Hospize, die im Regelfall wenige Plätze haben, dies ein Stück weit über die Pflegeschlüssel zu kompensieren?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Haußmann. – Frau Berroth, Sie haben das Wort.

Sv. Frau Berroth: Ich fange bei den Fragen von hinten an. – Zuschläge für kleinste Einrichtungen gibt es nicht. Hospize haben in der Regel bloß acht bis neun Plätze. Ich habe harte Fights bei der Bedarfssatzverhandlung ausgefochten. Es war sehr schwierig. Es wurde mir dort sogar vorgehalten, dass unser Personal zu gut qualifiziert sei. Ich bin dann zur Schiedsperson gegangen und habe dort klargemacht, dass von diesem „zu guten“ Personal schließlich in jeder Nacht eine Pflegerin mit acht schwerkranken, sterbenden Menschen allein ist. Das hat dazu geführt, dass wir einen wesentlichen besseren Satz bekommen haben. An der Sache mit dem Verwaltungsschlüssel arbeite ich noch. Danke für den Hinweis. Ich werde das sicherlich gern einbauen.

Das Angebot im Hospizbereich für Kinder ist mit Sicherheit noch nicht groß genug. Wir haben sowohl in Böblingen wie auch in Leonberg einen sehr gut funktionierenden Dienst. Dort gibt es z. B. eine Gruppe, die sich „Sunshinekids“ nennt. Diese Gruppe trifft sich einmal pro Monat, damit die Kinder mit anderen trauernden Kindern zusammen sein können, bei denen man trauern darf, weil sie ähnliche Probleme haben. Das ist sehr hilfreich.

Natürlich kann man einer Familie, die ein schwerstkrankes Kind hat, vieles abnehmen. Dies bezieht sich gerade auf die Ehrenamtlichen, die dann mit dem Kind auch einmal ins Krankenhaus gehen oder so lange bei den Geschwistern zu Hause bleiben, damit beide Elternteile mit ins Krankenhaus gehen können, wenn es um etwas Wichtiges geht.

Da besteht an vielen Stellen im Land noch eine Lücke. Deswegen die Idee, dort einmal zu sagen: „So funktioniert es woanders. Es läuft ganz gut und ist gar nicht so schwierig zu organisieren.“ Die Familien sind zu wenig informiert. Ich habe es vorhin erwähnt. Es heißt dann: „So krank ist das Kind doch gar nicht. Wir hoffen, dass es wieder gesund wird. In dieser Situation können wir nicht zum Hospizdienst gehen.“ Das ist falsch. Eine riesige Informationskampagne seitens des Landes zu dieser ganzen Thematik wäre die tollste Sache, die man machen könnte. Das wäre wahrscheinlich noch nicht einmal so teuer. Es sind einfach zu viele falsche Informationen verbreitet. Ich werde oftmals angesprochen – deswegen habe ich es bewusst gebracht –: „Sie sind doch bei der Sterbehilfe.“ Das ist ja nun definitiv das gerade Gegenteil. Daher sind Informationen dringend wichtig.

Das Problem in Bezug auf die Altenpflegeheime ist bei uns ganz gut gelöst. Wir haben fast 70 Ehrenamtliche. Sie werden sehr häufig auch in die Altenheime geholt. Einsätze von Ehrenamtlichen des ambulanten Hospizdienstes im Pflegeheim werden auch vergütet. Bisher wird es nicht vergütet, wenn sie bei uns im Haus, im Hospiz, sind, wobei es dort ja genauso nötig ist, oder wenn sie im Krankenhaus sind. Das ist im Entwurf des HPG eigentlich angesprochen. Es heißt, die Krankenhäuser könnten das bestellen. Es steht aber nirgends, wer das zahlen muss. Wenn die Krankenhäuser dafür einen Anteil von ihrem Satz abgeben müssten, sehe ich dafür wenig Chancen. Wir werden also auch im Krankenhaus tätig und finanzieren aus Spenden einen Teil, den wir nicht refinanziert bekommen. Da ist in der Tat noch ein Fehlbestand.

Es braucht natürlich einen Hospizdienst, der mit genügend Ehrenamtlichen ausgestattet ist, damit er das machen kann.

Die Ausbildung für diejenigen, die die Ehrenamtlichen koordinieren, ist ziemlich genau vorgeschrieben. In unserem Haus ist eine Sozialpädagogin tätig, die zunächst Grundkurse und dann die Zusatzausbildung „Palliative Care“ gemacht hat. Im Herbst wird sie eine spezielle Trauerausbildung draufsetzen. Denn wir haben festgestellt, dass gerade auch die Begleitung in der Trauerphase unwahrscheinlich wichtig ist. In dem Moment, in dem jemand gestorben ist, zu sagen: „Jetzt sind wir nicht mehr zuständig“ passt eigent-

lich nicht zur Hospizbewegung. Oft ist es sehr, sehr hilfreich, wenn man da ein Stück weiter begleiten kann oder auch wenn man, wenn es dem Ende entgegenght, frühzeitig die Trauer auffängt und dabei hilft. Das hilft Angehörigen oft, loszulassen.

Menschen, die von ihren Angehörigen losgelassen werden, sterben, glaube ich, leichter. Das entspricht meiner Beobachtung. Ich weiß nicht, ob Sie es auch bestätigen können. Ich sehe es jedenfalls so. Kürzlich hatten wir einen Patienten, den die Familie laufend besucht hat. Gestorben ist er, als einmal niemand da war. Auch meine Großmutter ist gestorben, als sie alleine zu Hause war. Die Tante hat sich riesige Vorwürfe gemacht. Ich habe ihr dann gesagt: „Sie musste vielleicht für sich allein sein.“ Der eine Mensch braucht es so, der andere so.

Für die Qualifikation der Koordinatoren gibt es also genaue Vorschriften. Andernfalls wäre es nicht abrechenbar.

Bei der Frage nach Vorbildern aus England muss ich passen. Ich habe keine Beziehung dazu. Ich weiß um die Historie. Vielleicht mache ich einmal eine Reise nach England und schaue es mir an. In Deutschland wurde es, wie gesagt, sehr früh – in den frühen Siebzigerjahren – von Familie Tausch aufgegriffen; die Tochter war später auch in Stuttgart aktiv. Ich habe das, weil ich im Nebenfach Soziologie studiert habe, damals schon mitverfolgt. Ich habe also ganz alte Beziehungen zum Thema. Frau Monroe, die ich zitiert habe, leitet inzwischen das Hospiz, das Cicely Saunders gegründet hat.

(Zuruf der Abg. Dr. Marianne Engeser CDU)

Diese Bewegung ist auf jeden Fall noch da.

Ich glaube, jetzt habe ich alle Fragen beantwortet.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Frau Berroth. – Ich sehe keine Nachfragen.

Sv. Frau Berroth: Dürfte ich noch eines ansprechen?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Sie dürfen. Sie haben ein Budget. Sie sind honoris causa hier.

Sv. Frau Berroth: Meinen Schluss musste ich nämlich vorhin weglassen. Ansonsten wäre es zu lang geworden.

Mit Blick auf das HPG müssen wir wirklich aufpassen – darum bitte ich Sie alle dringend –, dass wir nicht den Einsatz der vielen Freiwilligen bzw. Ehrenamtlichen gefährden. Wenn zu viel Bürokratie hineinkommt, dann sagen die unsrigen Ehrenamtlichen – das sehe ich schon heute –: „Nein, das tue ich mir nicht auch noch an.“

Der von mir mehrfach zitierte Borasio – es lohnt sich wirklich, ihn zu lesen –, schreibt ziemlich zum Schluss seines Buches:

Die vielleicht größte Herausforderung für die Hospiz- und Palliativarbeit in den kommenden Jahren wird sein, den notwendigen Professionalisierungs- und Institutionalierungsprozess zu verkraften, ohne die Ideale der Pionierzeit aufzugeben, und gleichzeitig eine erfrischende Nüchternheit und pathosfreie Selbstverständlichkeit in die eigene Arbeit und Präsenz einzubringen.

Wenn wir helfen können, dies umzusetzen, freue ich mich. Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Frau Berroth. Vielen Dank.

Ich begrüße last, but not least ganz herzlich Herrn Sofuoğlu, den Landesvorsitzenden der Türkischen Gemeinde in Baden-Württemberg. Herzlich Willkommen. Ihnen gehört das Mikrofon.

Sv. Herr Sofuoğlu: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Verehrte Abgeordnete, meine Damen und Herren! Vielen Dank für die Einladung.

Als letzter Redner möchte ich Ihre Geduld und Ihre Aufmerksamkeit nicht überstrapazieren.

Vornweg möchte ich gern ein paar Sätze zu meinem Verband sagen, damit Sie wissen, mit wem sie es hier zu tun haben. Die Türkische Gemeinde in Baden-Württemberg ist als Interessenvertretung verschiedener Organisationen für Menschen mit Migrationshintergrund tätig. Seit ihrer Gründung im Jahr 1999 liegt der Schwerpunkt auf den Arbeitsfeldern der Inklusion und der Vermittlung von Aus- und Weiterbildung für Menschen nicht deutscher Herkunft sowie der Tätigkeit als Anlaufstelle für von Diskriminierung Betroffene. Durch ihre jahrelange Migrationsarbeit ist die Türkische Gemeinde in Baden-Württemberg sowohl von deutschen als auch von türkischen Regierungsstellen anerkannt und kann bei ihren Projekten darauf zurückgreifen. Der Verein ist dabei basisdemokratisch organisiert und setzt sich aus Vereinen unterschiedlichster Ausrichtung und Couleur zusammen. Somit fördert die Türkische Gemeinde in Baden-Württemberg den Austausch zwischen Kultur- und Sportklubs, Eltern- und Lehrervereinen sowie Akademikerinnen- bzw. Akademikerverbänden und Unternehmerinnen- bzw. Unternehmerverbänden.

Die Türkische Gemeinde in Baden-Württemberg setzt sich für die Belange von Menschen mit migrantischen Wurzeln ein und mischt bei der Gestaltung der hiesigen Gesellschaft mit, damit ein offeneres und multikulturelles Zusammenleben stattfindet. Aus

diesem Grund ist Diversity ein zentrales Thema der Türkischen Gemeinde in Baden-Württemberg. Hierzu finden beispielsweise regelmäßig Fortbildungen statt, die federführend von der TGBW betreut werden und sich gezielt an Menschen in der Vereinsarbeit sowie Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe richten.

Gute Bildung steht bei der Arbeit der TGBW im Vordergrund, da sie die wichtigste Grundlage für ein gelingendes selbstbestimmtes Leben ist. Die TGBW führt deshalb u. a. Elternakademien zu Erziehungsfragen durch. Des Weiteren besitzt sie vier Vermittlungsstellen für Aus- und Weiterbildungen im Bereich der Altenpflege in Baden-Württemberg, nämlich in Stuttgart, Karlsruhe, Mannheim und Heidelberg. Hinzu kommt die Beratung und Unterstützung in Konfliktsituationen sowie die Öffentlichkeitsarbeit gegen Gewalt und Fremdenfeindlichkeit. Bei all diesen Projekten profitiert die TGBW von zahlreichen Kontakten zu Vereinen, Regierungsstellen und Institutionen. Dieses Netzwerk wird ständig erweitert, sodass selbst auf internationaler Ebene Verbindungen zu Partnervereinen bestehen.

Der Dachverband der TGBW ist die Türkische Gemeinde in Deutschland, durch die deutschlandweit ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch stattfindet. Als pluralistische und weltpolitisch neutrale Interessenvertretung organisiert sie bundesweit mehrere Hundert Vereine. Gemeinsam blicken TGBW und TGD auf eine mehrjährige und umfangreiche Erfahrung in der Organisation von Projektarbeit zurück, die zum größten Teil mit öffentlichen Mitteln getragen wird.

Nun zu dem Thema. Frau Dr. Tezcan-Güntekin hat schon einiges vorweggenommen. Darüber freue ich mich; denn es waren viele Zahlen, die ich in meinem Vortrag nicht berücksichtige. Als Vorsitzender der Interessenvertretung werde ich nun versuchen, die Interessen zu formulieren.

Wir sind in der Fremde alt geworden.

Diese Aussage impliziert bezogen auf den überwiegenden Teil der älteren Einwanderer bzw. Einwandererinnen, dass Deutschland trotz jahrzehntelangem Aufenthalt nicht zur „Heimat“ geworden ist. Es bedeutet aber auch, dass sie ein Altern in Deutschland nicht in ihrer Lebensplanung vorgesehen hatten. Ebenso wurde von der deutschen Seite davon ausgegangen, dass die „Gastarbeiter“ wieder in ihre Herkunftsländer zurückkehren würden. Nun sind sie in der Fremde alt geworden.

Es handelt sich hierbei um eine Bevölkerungsgruppe, deren Lebensbiografie durch die Arbeitsmigration gekennzeichnet ist und deren Sozialisation in einem anderen Land stattgefunden hat. Diese Entwicklung stellt die spezifischen Aspekte ihres Alterns dar. Ihre Bindung zur Türkei ist nach mittlerweile über 45 Jahren nach wie vor da. Der eine Blick geht zurück zum Ursprung, der Tradition, der Religion und zu den Angehörigen, was für sie einen Teil der Überlebensstrategie darstellt. Die Geschichte und die Geschichten in der Türkei bleiben Gegenwart. Der andere Blick ist auf Deutschland gerichtet: Hier gehen die Kinder und die Enkelkinder zur Schule, hier geht man zum Arzt. Die

Entscheidung für Rückkehr oder Verbleib haben sie von familiären, gesundheitlichen, finanziellen und politischen Rahmenbedingungen sowohl im Aufnahmeland als auch im Herkunftsland abhängig gemacht. Diese Entscheidung kann jederzeit revidiert werden.

Die endgültige Entscheidung im Hinblick auf Rückkehr oder Verbleib wird von vielen Personen, die gesundheitlich und finanziell dazu in der Lage sind, umgangen, indem sie sich zuerst einmal für das Pendeln entschieden haben. Es handelt sich um eine notgedrungene Lösung, um die Entscheidung darüber, wo sie an ihrem Lebensabend verbleiben, zu umgehen. Die Frage, wo sie ihren Lebensabend verbringen werden und wo sie sterben werden, können sie nicht beantworten. Tragisch sind die Zerrissenheit und Verzweiflung der ersten Generation.

Die Situation der älteren Einwandererinnen bzw. Einwanderer erscheint für die meisten sozialpolitischen Akteure nicht dramatisch genug zu sein, um die Dringlichkeit sozialpolitischer Maßnahmen für diese Zielgruppe zu belegen. Mit dem Verweis auf aktuellere Probleme und knappe Mittel werden Hinweise darauf, dass diese Bevölkerungsgruppe rasch wachsen wird und in besonderer Form von Altersrisiken betroffen ist, in der sozialpolitischen Praxis nicht hinreichend aufgegriffen. Zwar handelt es hierbei in Deutschland überwiegend noch um „junge Alte“, doch in gleichem Maß wie die Gruppen älter werden, wird sich auch der Bedarf an Unterstützung bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit erhöhen. Es bleibt für die Versorgungssysteme eigentlich nicht viel Zeit, sich auf die Pflegebedürftigkeit der Zielgruppe vorzubereiten.

Außerdem zeigt die Argumentation „Fehlen einer akuten Hilfs- und Pflegebedürftigkeit“ ein reduziertes und kurzsichtiges Verständnis von Altenpolitik. Denn gerade durch die rechtzeitige aktivierende Unterstützung und Anregung zu eigenverantwortlicher Altersgestaltung, zu Engagement und zu Selbsthilfe dieser Menschen und durch spezifische Maßnahmen mit präventiven Strategien könnte der Eintritt von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit verzögert werden. Es ist die Aufgabe der Sozialarbeit und insbesondere der Alten- und Migrationssozialarbeit, diese Zielgruppe in ihrem Prozess des Älterwerdens und der Entscheidung zu unterstützen.

Zur gesundheitlichen Lage der Einwanderer: Gesundheit und Migration stehen in einem engen, wechselseitigen Zusammenhang. Die Lebenssituation vieler Einwandererinnen bzw. Einwanderer ist erschwert durch einen unsicheren Aufenthaltsstatus, eine prekäre Wohnsituation, durch Arbeitslosigkeit oder schwere körperliche Arbeit, Fremdenfeindlichkeit, „Kulturschockerfahrung“, Entwurzelung usw. Im Vergleich zur deutschen Bevölkerung treten häufiger körperliche Erkrankungen und psychosomatische Beschwerden auf. Die Anzahl der Frührentner ist relativ hoch.

Anknüpfend an die Definition der Weltgesundheitsorganisation: "Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen" und das Konzept der Gesundheitsförderung als ein "Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen".

gen", beinhaltet dies, eine gesundheitliche Betreuung zu gewährleisten, die die Würde des Einzelnen respektiert.

Dies erfordert eine Öffnung in den Strukturen der Gesundheitsversorgung für transkulturelle und kultursensible Behandlungsmethoden. Das bedeutet auch die Einbeziehung der kulturspezifischen Hintergründe von Einwanderern bzw. Einwandererinnen. Die Umsetzung muss mit der Weiterqualifizierung der „deutschen“ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einhergehen. Daneben sollte die fachliche Aus- und Weiterbildung der Migranten bzw. Migrantinnen in den Berufen der Gesundheitsversorgung und Altenpflege gefördert werden.

Wie bei den Einheimischen sind die besonderen Bedürfnisse einzelner Migrantengruppen – wie Kinder, Frauen und Ältere – in die Planung und Angebotsstruktur mit einzubeziehen. Dabei sollen die je spezifischen Lebenslagen, Lebensumstände, Lebensgeschichten bzw. die Migrationshintergründe insgesamt berücksichtigt werden.

Altenhilfe: Für alle älteren Menschen ist die Altenhilfe zuständig. Die gleichberechtigte Teilhabe älterer Migrantinnen und Migranten kann verwirklicht werden, wenn die Angebote und Maßnahmen der Altenhilfe deren individuelle Bedürfnisse und Bedarfe berücksichtigen.

Information, Beratung und Gesundheitsaufklärung liegen im Interesse und in der Verantwortung aller Beteiligten: Kommunen, Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen, Migrationsdienste und Migrantinnenorganisationen. Entsprechende präventive Maßnahmen und Informationen sind für und mit Migrantinnen und Migranten zu gestalten.

Es ist richtig und wichtig, im Leitbild die interkulturelle Öffnung festzuschreiben. Dies reicht jedoch nicht aus. Sie ist als ein Prozess zu verstehen, der als dauerhafter Bestandteil der Qualitätssicherung und der Organisationsentwicklung von großer Bedeutung ist. Die Umsetzung der interkulturellen Öffnung muss von der Führungsebene gewollt, auf der Praxisebene akzeptiert und für alle Beteiligten transparent gestaltet werden.

Behinderung: Menschen mit Behinderung werden in der Debatte und in den Angeboten für Einwandererinnen bzw. Einwanderer kaum wahrgenommen. Des Weiteren wird ihren Bedürfnissen in der deutschen Behindertenhilfe noch unzureichend begegnet. Während andere soziale Sektoren seit Jahren die interkulturelle Öffnung entdeckt haben, wird innerhalb der deutschen Behindertenhilfe die Begrifflichkeit kaum oder sehr wenig thematisiert. Die deutsche Behindertenhilfe hat jedoch den Versorgungsauftrag für alle Menschen mit Behinderungen in Deutschland.

Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund finden sich im System der Behindertenhilfe nur mit großer Mühe zurecht und werden häufig später bzw. schlechter versorgt. Hauptgründe dafür sind, dass einerseits die Behindertenhilfe und die Selbsthil-

feorganisationen der Einwandererinnen bzw. Einwanderer kaum vernetzt sind und andererseits die Behindertenhilfe in den meisten europäischen Ländern sehr bürokratisch strukturiert ist.

In dem Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen aus dem Juli 2009 – gehen wir ganz weit zurück – für die entsprechende Legislaturperiode schreibt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Folgendes:

Neben der Bereitstellung staatlicher Leistungen zur Teilhabe ist der Zugang zu diesen Leistungen von großer Bedeutung. Entscheidend ist nicht nur, was geleistet wird, sondern vor allem, wie ein behinderter Mensch diese Leistungen in Anspruch nehmen kann. Besondere Bedürfnisse haben hierbei behinderte Menschen mit Migrationshintergrund. Sprachschwierigkeiten und kulturelle Besonderheiten können behinderte Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zu den bestehenden Angeboten erschweren oder verhindern. Hier gilt es, nach Möglichkeiten zu suchen, um über eine verbesserte Datenlage die Bedürfnisse und Probleme von behinderten Menschen mit Migrationshintergrund zu konkretisieren.

So ähnlich stand es etwa im Bericht der Bundesregierung zur Lage von Menschen mit Behinderung aus dem Jahr 2004:

Bis heute ist das Themenfeld Behinderung und Migration stark unterrepräsentiert, wenn es um die Erhebung und Erfassung valider Zahlen auf der Grundlage demografischer Daten geht. Rückschlüsse auf bestimmte Nationalitäten, Geschlechter-, Alters- oder Behinderungsgruppen sind selten möglich. Bundesweite Vergleichsdaten existieren nicht. Die Zahl der Forschungsarbeiten zum Thema Migration und Behinderung ist nach wie vor verschwindend gering.

Diese Zitate sind von vor einigen Jahren, doch die Situation hat sich nicht wesentlich verändert.

Ich komme zu Lösungsvorschlägen:

Erstens: Es ist notwendig, dass jegliche Maßnahmen sowohl muttersprachliche und kulturspezifische als auch an der Biografie und dem sozialen Status unterschiedlicher Migrantengruppen orientierte Angebote beinhalten.

Zweitens: Die Errichtung von zentralen Beratungsstellen, die diesen Personenkreis zu den unterschiedlichen Themen rund ums Alter beraten, ist notwendig. Diese Beratun-

gen sollten Hilfestellungen in finanziellen, gesundheitlichen und rechtlichen Belangen beinhalten.

Drittens: Sinnvoll wäre hier eine Vernetzung der Beratungsstellen mit Migrantenselbstorganisationen und Einrichtungen der Altenhilfe. Auf diese Weise wäre es möglich, die speziellen Bedürfnisse dieser Menschen in Erfahrung zu bringen, sie an die entsprechenden Beratungsstellen und Institutionen weiterzuvermitteln und gezielte Maßnahmen mit bedürfnisorientierten Angeboten zu entwickeln.

Viertens: Für die älteren Einwandererinnen bzw. Einwanderer, die in ihrer Heimat ihren Ruhestand verbringen möchten, sind in Kooperationen mit den Pflegeeinrichtungen in der Türkei spezifische Angebote für die Zielgruppe zu entwickeln. Das würde keine zwangsläufige Kostenerhöhung für die Versorgungssysteme bedeuten. Aufgrund von günstigeren Dienstleistungen in der Türkei ist eher mit einer Kostenreduzierung zu rechnen.

Fünftens: Für die Realisierung der aufgezählten Vorschläge ist die finanzielle und institutionelle Absicherung von Aufgaben und Strukturen notwendig. Die für diesen Prozess notwendigen Ressourcen sind als anerkannter Aufwand der Versorgungssysteme in die Regelfinanzierung zusätzlich aufzunehmen.

Die seit mehreren Jahren als politisches Leitziel wiederholt formulierte interkulturelle Öffnung der Altenhilfe kann nicht erreicht werden, ohne bei allen zu ergreifenden Maßnahmen die Selbstorganisation der Einwandererinnen bzw. Einwanderer als Potential und Ressource anzuerkennen und vor der Entscheidung schon in der Planungsphase sowie in der Konzipierung mit einzubinden. Die Migrantenselbstorganisationen haben in vielerlei Hinsicht – wie beispielsweise Sprache, Kultur, Erfahrung, intensiver Kontakt und Vertrauen – den Zugang zur Zielgruppe.

Die mittlerweile älter gewordenen Menschen kamen mit Hoffnungen und Erwartungen nach Deutschland und haben in ihrer Jugend unter schwersten Arbeitsbedingungen und unter zum Teil menschenunwürdigen Verhältnissen am Aufbau der deutschen Wirtschaft mitgewirkt. Sie sind in der Fremde alt geworden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Herr Sofuoğlu. – Ich darf jetzt dem Kollegen Kunzmann das Wort geben.

Abg. Thaddäus Kunzmann CDU: Verehrter Herr Sofuoğlu, herzlichen Dank. Es war ein sehr interessanter Vortrag. Ich habe mir ein paar Schlüsselbegriffe unterstrichen. Sie führten aus, es gehe darum, eine Betreuung zu gewährleisten, die die Würde des

Einzelnen respektiere. Dies sehe ich als ein ganz wichtiges Anliegen an. Sie führten weiter aus, dass die interkulturelle Öffnung von der Führungsebene in die Altenpflege hineingetragen werden müsse, damit sie sich nach unten fortsetzen könne.

Wenn ich Ihren Vortrag richtig interpretiere, plädieren Sie weniger für den Aufbau eigener Strukturen als vielmehr für die Öffnung der bestehenden Einrichtungen für die Zuwanderer, unabhängig davon, ob dies ambulante oder stationäre Einrichtungen sind. Meine Frage ist: Wenn dies erfolgt, wird das dann auch angenommen? Die entscheidende Frage ist: Öffnen wir die Einrichtungen, oder müssen nicht eigene Strukturen aufgebaut werden? Sie müssten uns einfach aus Ihrer Erfahrung sagen, wie Sie das einschätzen.

Zum Zweiten: Bei vielen Anhörungen haben wir gehört, Pflege sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, Stichworte „Sorgende Gesellschaft“ – dies ist der Begriff dazu –, „Einbindung der Nachbarschaft, des Ehrenamts.“ Ich bin auch Gemeinderat. Wenn mir Ehrenamt begegnet, begegnet mir vor allem Ehrenamtsarbeit ausgehend von Deutschen, und zwar unabhängig davon, wohin ich gehe – von der Feuerwehr angefangen bis hin zu den kirchlichen Einrichtungen, natürlich auch in sozialen Einrichtungen. Mir begegnen die Zuwanderer in diesem Fall nicht so sehr. Angenommen, wir bauten die sorgende Gesellschaft mit Nachbarschaftshilfe, mit dem Ehrenamt auf: Bleiben die Zuwanderer dann wieder außen vor? Oder gibt es eine Chance, sie quasi darin zu integrieren?

Vielen Dank.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Kunzmann. – Kollege Lede Abal.

Abg. Daniel Andreas Lede Abal GRÜNE: Zunächst vielen Dank für Ihren Vortrag. – Sie haben auf das Pendeln abgehoben. Dafür möchte ich Ihnen danken. Denn ich kenne es aus meinem eigenen familiären Umfeld, dass es sehr wichtig ist, diese Entscheidung möglichst weit nach hinten zu verlagern, was aber natürlich Probleme nach sich zieht. Meine Frage ist zunächst: Welche Ängste und Vorbehalte erkennen Sie bei der Gruppe, die Sie vertreten, sich auf eine Form der eigenverantwortlichen Altersgestaltung – wie Sie es genannt haben – einzulassen? Was bedürfte es an konkreten Verbesserungen?

Mich würde auch speziell interessieren, wie Ihre Organisation als migrantische Organisation in diesem Bereich stärker wirken könnte, vielleicht auch mehr Verantwortung übernehmen könnte?

Dann würde mich interessieren – die Frage des Kollegen zielte auch in diese Richtung –, ob Sie aus einer anderen Region Strukturen kennen, wo es strukturell bereits in ei-

nem größeren Ausmaß spezifische Angebote gibt? Wie bewerten Sie deren Funktionieren und deren Annahme bei der Gruppe?

(Abg. Thaddäus Kunzmann CDU: Funktionieren?)

Gibt es schon Modelle, die leben? – Ob sie funktionieren, ist eine Frage für den zweiten Schritt.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Lede Abal. – Kollege Wahl.

Abg. Florian Wahl SPD: Herzlichen Dank für Ihren sehr interessanten Vortrag. – Ich möchte bei der Frage des Kollegen Kunzmann anknüpfen. Ich hatte mir auch aufgeschrieben: Ist interkulturelle Öffnung der bestehenden Angebote ausreichend? Das ist sicherlich ein Baustein.

Die andere Frage ist natürlich: Bestimmt über 50 % der stationären Einrichtungen in Baden-Württemberg – ich gehe jetzt einmal vom Stationären aus – befinden sich in konfessioneller Trägerschaft und in der Regel in christlich-konfessioneller Trägerschaft. Spielt dies eine Rolle? Gibt es dabei eventuell Hürden?

Der andere Punkt ist – ich spreche jetzt in erster Linie von der ersten Generation von Migranten, die gekommen sind –: Bei den Männern hat die Integration oftmals deutlich besser geklappt als teilweise bei den Frauen. Dies hängt natürlich mit dem Arbeitsplatz zusammen. Frauen haben oftmals das Privileg, dass sie uns Männer überleben. Bedeutet es für Familien eventuell eine große Hürde, ältere Frauen, die auch mit der Sprache nicht so sehr vertraut sind, auch eher in einem häuslichen Umfeld gelebt haben, in eine stationäre Einrichtung zu geben.

Was hielten Sie von muslimisch geprägten Angeboten bzw. wie würden diese gesehen? Kollegin Wölfle hat dies eben bezogen auf die Niederlande angesprochen; wir haben uns das angesehen. Gibt es in der Community – so sage ich einmal – Interessenbekundungen oder Überlegungen in diese Richtung? Ich beziehe mich jetzt ganz bewusst auf die erste Generation. Denn ich glaube, dass sich bei der zweiten und der dritten Generation ganz andere Fragen stellen; die Fragen stellen sich für diese Generationen dann nicht mehr so, wie dies bezogen auf die erste Generation der Fall ist.

Dies sind meine Fragen. Ich würde mich über Ihre Antworten freuen.

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

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Vielen Dank, Herr Sofuoğlu. – Ich will mich auf drei Punkte konzentrieren.

Sie haben angesprochen, dass die Türkische Gemeinde in Baden-Württemberg vier Vermittlungsstellen für Aus- und Weiterbildung im Bereich der Altenpflege besitzt. Dazu würden uns Informationen interessieren. Bisher ist uns nicht bekannt, wie das strukturiert ist und was die dortigen Aufgaben sind.

Wir wissen, dass bei dieser Personengruppe aktuell im Pflegebereich noch vieles vom familiären Bereich übernommen wird. Man sieht an den Zahlen, wie wenige Personen in stationären Einrichtungen betreut werden. Mich würde interessieren: Wird auch dort über die Familie im ehrenamtlichen Bereich, im Freundeskreis vieles gemacht? Könnten Sie sich vorstellen, dass gerade das Ehrenamt in Zukunft im Bereich der Türkischen Gemeinde noch eine noch größere Bedeutung gewinnt? Denn dort ist beim Ehrenamt im Vergleich dazu, wie es bisher im Durchschnitt üblich ist, vielleicht noch Potential. Sehen Sie, dass da noch mehr Ehrenamt möglich ist?

Der dritte Punkt: Sie haben unter Punkt 4 angeregt, Pflegeeinrichtungen in der Türkei zu entwickeln. Mich würde interessieren: Wie gestaltet sich dies derzeit in der Türkei?

Ein bisschen bin ich zusammengezuckt, als Sie gesagt haben, das wäre auch noch günstiger. Dies ist ein ganz sensibler Bereich, bei dem man aufpassen muss, wenn man sagt, dass man das in der Türkei aufbaut, um sozusagen Kosten zu sparen, und man die Menschen mit Migrationshintergrund einfach in die Türkei verfrachtet. Es ist, glaube ich, ganz schwierig, das so zu gestalten, dass es nicht diesen Zungenschlag bekommt. Insofern einfach die Frage: Wie sieht denn die Struktur von Pflegeeinrichtungen in der Türkei aktuell aus?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Haußmann. – Frau Dr. Tezcan-Güntekin hat sich noch gemeldet. Ich glaube, ich öffne es jetzt einfach einmal schnell. Danach fassen wir zusammen.

Sv. Frau Dr. Tezcan-Güntekin: Vielen Dank. – Ich möchte mich bei Ihnen, Herr Sofuoğlu, dafür bedanken, dass Sie den Aspekt der Pendelmigration angesprochen haben. Ich erachte diesen Aspekt als sehr wichtig. Pendeln ist ein Lebensstil, den sich diese Menschen aussuchen. Sie sind nicht Opfer eines Lebens zwischen zwei Nationen. Sie suchen sich diesen Lebensstil aus. Dazu gibt es auch schon Untersuchungen. Wir selbst haben eine Untersuchung zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in beiden Ländern durchgeführt. Viele Diagnosen werden in beiden Ländern – parallel – gestellt. Das heißt, dies ist ein sehr hoher Kostenfaktor für beide Gesundheitssysteme, weil es nicht vernetzt ist, weil bestimmte Diagnosen auf Ebene der Ärzteschaft oder über die Pflegedienste nicht hin- und hergeschoben werden können.

Ein anderes großes Problem betrifft die Medikation. Wenn ein Mensch fünf Monate lang z. B. in der Türkei bleibt, Medikamente wegen der Quartale aber nur für die drei Monate – weil es eben nicht für einen längeren Zeitraum verschrieben wird – mitnehmen kann, muss man die Medikamente dort irgendwie beschaffen. Sie sind sehr kreativ. Häufig setzen sie Bluthochdruckmedikamente oder Antidepressiva ab, weil es ihnen dort we-

gen des Wetters und des Klimas besser geht. Dies ist hochgefährlich. Wenn es eine stärkere Vernetzung der beiden Gesundheitssysteme gäbe und in Anbetracht der Pflege eine Kostenübernahme möglich wäre, würde die Zahl dieser gefährlichen Situationen vielleicht etwas verringert werden können.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank für diese Hinweise. – Herr Sofuoğlu, Sie haben jetzt das Wort für die Antworten. – Danke sehr.

Sv. Herr Sofuoğlu: Es sind einige Fragen gestellt worden. Ich werde versuchen, sie kurz zu beantworten.

Sie haben es nicht ganz richtig verstanden. Ich halte wenig von Parallelstrukturen, davon, dass extra für Italiener, Türken, Kroaten Einrichtungen gebaut werden. Vielmehr sollte man bestehende Einrichtungen dafür nutzen, die Menschen zu integrieren. Wenn diese Angebote entsprechend den Eigenschaften der Menschen angepasst werden, gehe ich davon aus, dass sie angenommen werden. Bezogen auf Türken wird es etwas schwieriger. Denn ein Altenhilfesystem, wie es in Deutschland bekannt ist, existiert in der Türkei nicht; es muss neu gelernt werden.

Zweitens geht es um die emotionale Frage, sich endlich dafür zu entscheiden, hier zu bleiben und sich an eine Einrichtung vermitteln zu lassen. Das ist eine emotionale Entscheidung, die mit den Menschen in dieser Phase auf jeden Fall in sehr vielen Gesprächen und durch sehr viele Kontakte besprochen werden muss. Denn diese Menschen kamen in der Hoffnung, nach höchstens fünf oder zehn Jahren wieder zurückzukehren. Jetzt machen sie sich Gedanken darüber, hier zu sterben. Das ist eine emotionale und qualitative Entwicklung. Man muss die Menschen in dieser Phase auf jeden Fall mit begleiten und beraten. Das erleben wir schon bei unseren Arbeiten, wenn wir Menschen zum kultursensiblen Altenpfleger bzw. zur kultursensiblen Altenpflegerin ausbilden wollen, um ihnen klarzumachen, mit welchem Klientel sie später arbeiten werden.

Ich denke, dass die Einrichtungen, wenn sie sich interkulturell öffnen – – Ich meine jetzt nicht die Form der interkulturellen Öffnung, die ich nicht für ausreichend halte. Dies war auch eine Frage. Die interkulturelle Öffnung erfolgt sehr kundenorientiert – dass man die Kundschaft interkulturell besetzt, aber die Führungspositionen eher so belässt, wie es sein soll. Deswegen habe ich in meinem Vortrag auch versucht, auszuführen, dass man schon in der Konzipierung bezogen auf Interkulturalität zusammenarbeitet. Ich freue mich, dass die Kollegin von der Stadt Stuttgart hier ist, mit der wir versuchen, ein Projekt für eine Wohngemeinschaft für Demenzkranke auf die Beine zu stellen. Wir haben von Anfang an mit den Kollegen zusammengearbeitet. Wir können schon im Vorfeld viele Fragen, die irgendwann einmal auftauchen, klären. Es ist ein Modellprojekt, auf das ich die Aufmerksamkeit richten möchte. Es geht um eine Wohngemeinschaft mit an Demenz erkrankten Menschen.

Wie gesagt: Ich bin für die Integration der Menschen in die bestehenden Einrichtungen. Aber die bestehenden Einrichtungen müssen sich nicht nur kundenorientiert, sondern auch in der Führung, in der Konzipierung öffnen.

Gibt es woanders nennenswerte Modelle? In Berlin, in Duisburg gab es typische Alten- bzw. Pflegeheime, die sehr früh unter wirtschaftlichen Aspekten – ich sage es einfach einmal so – als Markt entdeckt wurden, aber sehr schnell wieder zumachen mussten, weil das System nicht ganz begriffen worden ist. Das war auch in einer Zeit, in der der Bedarf für die Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund noch nicht so groß war. Ich sehe, dass das Problem immer noch nicht so groß ist. Frau Tezcan-Güntekin hat in ihren Ausführungen schon gesagt, dass der Bedarf an Pflegeeinrichtungen für Migranten in einigen Jahren viel größer sein wird.

Ein Teil der ersten Generation ist schon in die Türkei zurückgegangen. Teilweise sind die Personen in der Türkei bereits gestorben. Ein anderer Teil pendelt noch. Z. B. bei Familien, die damals ihre gesamte Familie nach Deutschland geholt haben, die keine Verbindung mehr zur Türkei haben, merkt man, dass das Pendeln nicht mehr auftritt, weil sie in der Türkei keinen Anschluss mehr haben. Das heißt, sie wollen hierbleiben. Dann geht es allerdings um die Wohnsituation. Wohnen sie mit Kindern, mit Enkelkindern zusammen, dann ist das für eine Weile schön. Aber diese Wohnverhältnisse sind nicht unbedingt so, dass sie sich dabei wohlfühlen.

Für die zweite Generation, Personen, die jetzt ein Alter von 50, 55, 60 Jahren erreicht haben, wird sich der Pflegebedarf aus meiner Sicht als sehr groß darstellen. Denn sie haben in der Türkei gar keinen Anschluss mehr; sie werden nicht mehr zurückkehren. Sie haben in ihrer familiären Situation nicht die Möglichkeit, gepflegt zu werden. Es ist eine andere Lebensweise, und es findet eine emotionale Ablösung statt in der Hinsicht, dass man sich gegenseitig nicht mehr unterstützen kann. Ich weiß, dass sehr viele Pendler, um für drei Monate pro Jahr, in denen sie Deutschland sind, in ihrer eigenen Wohnung zu leben, für zwölf Monate Miete zahlen – damit sie nicht unbedingt bei der Familie, bei den Kindern unterkommen müssen.

Es gab eine Frage nach unserer Arbeit. Wir haben in den letzten drei Jahren in Kooperation mit der Agentur für Arbeit und später mit dem Sozialministerium ein Projekt durchgeführt, bei dem wir langzeitarbeitslose Frauen für Pflegeberufe gewinnen sollten, was uns auch gelungen ist. Das Projekt ist Ende 2014 zu Ende gegangen. Wir haben ein Folgeprojekt, mit dem wir nicht nur versuchen, in Pflegeberufe zu vermitteln, sondern auch in andere Berufe zu vermitteln. Dabei geht es gerade auch um den Bereich der Behinderung. Wir haben landesweit 132 Frauen in Pflegeberufe vermitteln können. Die Kooperation der Bundesagentur für Arbeit, des Ministerium und der Migrantenorganisationen war sehr wichtig. Wir wissen, dass die Arbeit der Ämter montags bis freitags tagsüber stattfindet. Gerade in dieser Zeit erreicht man diese Zielgruppe nicht. Die Arbeit der Migrantenorganisationen läuft fast 24 Stunden pro Tag und auch an den Wochenenden. Es gab Diskussionen in Moscheen, in Kulturvereinen. Man hat die Frauen erreicht, die Lust hatten.

Ich nenne Ihnen ein Beispiel, das ich immer wieder hervorhebe: Eine Frau hat in einem Altenheim geputzt. Dadurch kam sie mit den älteren Menschen im Heim in Kontakt. Als wir das Projekt finanziert bekommen haben, habe ich sie angesprochen, ob sie nicht Lust hat, den Beruf zu lernen. In der Türkei hatte sie den Realschulabschluss gemacht. Sie sagte, sie sei 44 Jahre alt und für sie sei das Leben irgendwie abgeschlossen, sie könne das jetzt nicht mehr. Nach einem Hin und Her konnten wir sie überzeugen. Jetzt ist sie eine der besten in der Klasse und macht in diesem Jahr den Abschluss. Sie wird von ihrem Betrieb mit einer guten Bezahlung übernommen, wenn sie will. Sie möchte gern weitermachen. Es gibt natürlich noch viele weitere Frauen, die das machen.

Ein Aspekt ist natürlich, in diesem Bereich den Bedarf zu decken. Andererseits geht es z. B. auch um die Vorbereitung auf eine Abteilung in einem bestehenden Haus, um einen interkulturellen Bereich, in dem sich die Menschen betreut fühlen und wohlfühlen.

Ich habe schon versucht, die Familiensituation zu beschreiben. Es gibt einen Zerfall. In der türkischen Community spricht man von einer Europäisierung der türkischen Familien. Das ist nicht abwertend gemeint. Es gibt dahin gehend einen Zerfall, dass man auf die Familienverbände in der Pflege nicht mehr in dem Maß zurückgreifen kann.

Das Ehrenamt wurde noch einmal angesprochen. Ich wünsche mir natürlich auch, dass sich mehr ehrenamtlich Tätige in bestimmten Bereichen engagieren. Das hat sehr viel mit einem Zugehörigkeitsgefühl zu dem Land zu tun: Fühle ich mich zugehörig? Auf der anderen Seite hat es auch mit den Partizipationsmöglichkeiten der Menschen zu tun. Ich sage es einfach einmal: Wenn jemand seit 50 Jahren in einer Kommune arbeitet und nicht einmal bei den Kommunalwahlen wählen kann, fragt sich diese Person: Gehört dieses Land überhaupt zu mir? Das sind natürlich auch sehr viele politische Fragen, die miteinander geklärt werden müssen. Ich denke, dass noch ein langer Weg vor uns liegt, den wir miteinander gehen müssen.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Sofuoğlu.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren, noch einmal an Sie alle – an die Referentinnen und Referenten, aber auch an Sie, die Fragestellerinnen und Fragesteller – ein ganz herzliches Dankeschön. Auch den heutigen Nachmittag würde ich einmal als eine horizonterweiternde Maßnahme beschreiben. Sie haben uns sehr viele Aspekte, Blickwinkel mitgegeben, die wir zu beachten haben.

Es ist, glaube ich, das Kennzeichen der Arbeit gerade in den Anhörungen der Enquete, dass wir uns in der Basis vertiefen und nichts außer Acht lassen, bevor wir dann zu Handlungsempfehlungen kommen. Ich glaube, der heutige Tag hat wieder einmal gezeigt, wie wichtig es war, diese Enquete einzusetzen. Wir haben heute in der Mittagspause schon festgestellt – das gilt auch für heute Nachmittag –: Wir alle haben heute

mindestens 100 € an Fortbildungsbeiträgen gespart, die man sonst zahlen müsste, wenn man so hochqualitative Themen bespricht. Dafür an Sie alle einen herzlichen Dank.

(Beifall – Sv. Frau Dr. Gröning: Danke schön! Es war nett!)

Ich glaube, fachlich muss ich es nicht konkludieren. Denn dann kämen wir gar nicht mehr nach Hause.

Noch einmal einen ganz herzlichen Dank an alle.

Ich bitte jetzt die Personen, die nicht zur Enquetekommission gehören – also die Personen abgesehen von den Mitgliedern der Kommission und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Ministerien und der jeweiligen Stäbe –, vergleichsweise zügig hinauszugehen. Wenn Sie aber mit uns nachher noch ins Gespräch kommen wollen – wir machen keine endlos lange nicht öffentliche Sitzung –, können Sie noch draußen bleiben.

Ich wünsche Ihnen allen kollektiv schöne Pfingstferien. Erholen Sie sich gut. Kommen Sie gut nach Hause.

Herzlichen Dank, dass Sie alle hier waren.

(Schluss des öffentlichen Teils: 16:29 Uhr)

– folgt nicht öffentlicher Teil –

(gesondertes Protokoll)

Demenz und Behinderung

Prof. Dr. Thomas Klie
Anhörung der Enquete-Kommission im
Landtag Baden-Württemberg
22. Mai 2015

Demenz: eine kulturelle Herausforderung

- Ob ein Leben mit Demenz (auch) ein gutes sein kann und wird, das hängt ganz entscheidend von der Gesellschaft ab und davon wie wir Demenz sehen, verstehen und mit Menschen mit Demenz umgehen.
- Maßnahmen
 - Öffentliche Rede über Demenz reflektieren und auf Würde ausrichten
 - Zivilgesellschaftliche Formen des Engagements für Menschen mit Demenz stärken
 - An Schulen über Demenz und Menschenrechte aufklären
 - Begegnungsmöglichkeiten – Kita - MmD systematisch fördern
 - Diskriminierungen sanktionieren

- Die Vermeidung von Demütigungen gehört zu den fundamentalen Voraussetzungen für ein Leben in Würde.
- Kampagnen zum Thema Menschenrechte und Demenz
- Unterstützerkreise für rechtliche Assistenz initiieren
- Erwachsenenschutz in der häuslichen Pflege stärken
- Zugehende Beratungsangebote ausbauen
- MDK Begutachtungen auch zur Identifizierung von Beratungsbedarf nutzen
- Qualifizierungen verstetigen und ausweiten (etwa *redufix*)
- Heimaufsicht als Agenturen für Menschenrechte stärken

Perspektive Teilhabe

- Die Perspektive „Teilhabe“ eröffnet über die Diagnose hinaus den Blick auf Menschen mit Demenz als Menschen mit Behinderung, ausgestattet mit Rechten, nicht gleichgesetzt mit dem Alter, nicht reduziert auf die Pflege - und in vielfältiger Weise behindert durch die Gesellschaft.
- Den Blickwinkel neu ausrichten: von der Pathologie zur Teilhabe
- Die Semantik ändern: Teilhabe und Sorge statt Betreuung und „niederschwellige Hilfen“
- Leistungen flexibilisieren (PSG II)

- Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen haben einen Anspruch auf kontinuierliche fachliche Begleitung - unabhängig von ihrem Sorgearrangement und dem Lebensort.
- Sicherstellungsauftrag der GKV ernstnehmen
- (Fach-)Ärztliche Versorgung in Heimen zum landespolitischen Thema machen
- HKP Leistungen ausweiten auf Steuerung des Pflegeprozesses,
- Präventive Hausbesuche leistungsrechtlich verankern
- Pflegeberatung i.S.d. Case Managements in kommunale Federführung, verbunden mit dezentralen Pflegestützpunkten

- Kein Pflegebedürftigkeitsbegriff wird den umfänglichen und individuellen Unterstützungsbedarf von Menschen mit Demenz abbilden.
- Menschen mit Demenz nicht zu „Pflegefällen“ machen (zum Unwort erklären)
- Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht als Allheilmittel verstehen
- SGB XI in das SGB IX einbeziehen
- Keine Teilhabereform ohne Pflegereform und umgekehrt: Landespolitischen Einfluss nutzen
- Rehabilitationspotenziale erkennen und Rehaleistungen sicherstellen

- Es bedarf einer Vielfalt und vor allem wohnortnahe Versorgungsangebote für Menschen mit Demenz, deren Qualität sich in einem intelligenten Mix aus fachlicher, familiärer, beruflicher und bürgerschaftlicher Unterstützung zeigt.
- Das Thema Demenz gehört auf die kommunale Ebene
- Partizipative Planung auf kommunaler Ebene im Landespflegegesetz regeln und fördern
- Ermöglichungsstrukturen und Förderung von wohnortnahen Versorgungsformen im Hilfemix, insbesondere für selbstorganisierte WG
- Kleinstheime unter Ausnutzung für häusliche Pflege konzipierter teilstationärer Leistungen nicht als WG qualifizieren

Behinderung und Pflege

- Die wechselseitige Öffnung von Pflegesystem hier und Teilhabe (Eingliederungshilfe) dort ist Voraussetzung für ein tragfähiges Gesamtkonzept Teilhabe orientierter Pflege, das sowohl Menschen mit Behinderung, die im Alter auf Pflege verwiesen sind als auch Menschen, die im Alter mit einer Behinderung und Pflegebedarf leben, gerecht zu werden.
- Versäulung der Systeme überwinden
- Diskriminierung von Einrichtungen der Eingliederungshilfe durch § 43 a SGB XI abstellen
- HKP Leistungen in allen stationären Versorgungsformen
- Auflösung der unterschiedlichen Finanzierung von ambulant und stationär

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

Themen der Anhörung am 22. Mai 2015:

Gender, Kultursensibilität und Palliativpflege

Prof. Dr. Katharina Gröning:

Gendersensible Pflege

Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin:

Kultursensible Pflege

22. Mai 2015

Gendersensible Pflege – Notwendigkeit und Maßnahmen

- Im Alter tritt der ästhetische Gesellschaftskörper in den Hintergrund und der Naturkörper stärker hervor, was Verlust, Selbstverachtung, Trauer und Depression auslösen kann.
 - Jeder Gesellschaftskörper muss pflegerisch und sozial hergestellt werden, wodurch sich die Anforderungen an die Pflege geändert haben, denn die Pflege geht aus einer institutionellen Tradition von einem praktischen Nutzkörper aus.
- Die Einführung einer auf die Herstellung des ästhetisch-geschlechtlichen Körpers ausgerichteten Pflege ist notwendig; sie kann vor Verrohung und Übergriffen schützen und bei der Herstellung von Unnahbarkeit und Distinktion unterstützen und ist somit für die Würde und Identität der PatientInnen bedeutend

Gendersensible Pflege – Bestehende Geschlechtsstrukturen und Wege diese aufzubrechen

- Professionelle und nichtprofessionelle Pflege ist mit 75-80% stark vergeschlechtlicht im Sinne von feminisiert und der Pflegeberuf wird zunehmend unattraktiver
 - Pflege wird zunehmend von weiblichen Pflegepersonen aus Osteuropa übernommen, die in prekären Verhältnissen arbeiten
 - Häusliche Pflege durch Männer nimmt zu, weil der Anteil pflegender Ehepartner steigt
- Schutz der Familie auf die späte, pflegende Familie ausdehnen
- Osteuropäische Haushaltshilfen sozial absichern und Arbeitsbedingungen zivilisieren
- Professionalisierung des Pflegeberufs stärken

Gendersensible Pflege – Datenlage zu Lebenslauf, Geschlecht, Pflegebedürftigkeit und Pflegeübernahme

- Unzureichende Datenlage, systematische qualitative und quantitative Untersuchungen zu den lebensweltlichen Sinnstrukturen fehlen
- Forschung ist auf Belastung und Geschlecht ausgerichtet und blendet Dimensionen wie Bindung, Generativität, Gerechtigkeit und Loyalität zwischen den Generationen aus
- Argumentative Engführung: Generationenvertrag beruht auf Geschlechtervertrag und das Zusammenbrechen des Geschlechtervertrags führt zum Zusammenbrechen des Generationenvertrags

Gendersensible Pflege – geschlechtsspezifische Altersrisiken

- Lebenslagenansatz: soziale Risiken kumulieren im Alter (Backes 1994)
 - Zentrale Risiken: Altersarmut von Frauen, gesellschaftliche Missachtung der Reproduktionsarbeit, Missachtung ethischer und wohlfahrtsproduzierender Arbeit
- Durch die Normalisierung nichtbezahlter Arbeit wird künftig die geschlechtsspezifische Altersarmut zunehmen

Gendersensible Pflege – Genderaspekte in der Ausbildung professionell Pflegender

- Genderaspekte sind in der Pflege tabuisiert, deren Bearbeitung ist jedoch dringend notwendig
 - Mangel an Wissen führt zu Ideologiebildung und Pflegefehlern
 - Häufig gedankenloser Einsatz sexuell belasteter Pflorgetechniken
- Weiterbildung zur Geschlechtssensibilität und –reflexivität sollte wegen der wissenschaftlichen Fundierung wissenschaftlich sein
- Es geht dabei nicht um die Vermittlung von Wissen, sondern um die reflexive Entwicklung einer ethischen Haltung, Feinfühligkeit und Reflexivität.
- Supervision ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung

Kultursensible Pflege

- Kultursensibilität sollte sich nicht ausschließlich auf Menschen mit Migrationshintergrund beziehen, sondern auf die Wahrnehmung der jeweils individuellen Kultur von Menschen
- Kultursensibilität ist eine Haltung, die nicht erlernt werden kann, sondern sich durch ständiges Reflektieren der eigenen Kultur und der Kultur des Gegenübers entwickelt.

Kultursensible Pflege – Entwicklung des Bedarfs nach kultursensibler Pflege

- Schätzungen zufolge haben 8,2% der Pflegebedürftigen einen Migrationshintergrund (Mikrozensus 2009)
- Zahl der über 60-jährigen Menschen mit Migrationshintergrund ist von 1992 (5%) bis 2004 (11%) stark gestiegen (Baykara-Krumme 2007)
- Prognosen für 2030: 24% der Menschen mit Migrationshintergrund werden 60 Jahre und älter sein (BMFSFJ 2000)
- In den kommenden Jahren starke Zunahme von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund zu erwarten
- Bedarf an kultursensibler Pflege wird künftig stark ansteigen
- Nutzerorientierte pflegerische Angebote sind eine zentrale Voraussetzung für eine stärkere Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund

Kultursensible Pflege – Politische und fachliche Maßnahmen

- stationäre, teilstationäre und ambulante pflegerische Einrichtungen und Angebote sollten systematisch an ihrer kulturellen Öffnung arbeiten
- Thema interkulturelle Öffnung sollte in den kommunalen Pflegekonferenzen (oder auch Gesundheitskonferenzen) verpflichtend bearbeitet werden
- Kulturelle Öffnung erfordert Kontinuität, zusätzliche Zeit und finanzielle Ressourcen
- Diese Zeit muss adäquat vergütet werden, damit Einrichtungen sich stärker auf ihre kulturelle Öffnung konzentrieren und darauf einlassen können
- Interkulturelle Öffnungs-BAFÖG..... Finanzierung??

Kultursensible Pflege – Maßnahmen um kultursensible Pflege „ans Bett“ zu bringen

- Weiterbildung der Pflegekräfte zum Thema „Kultursensible Pflege“
- Stärkere Einbindung des Themas in die Curricula der Ausbildungen zur Pflegekraft und Pflegehilfskraft
- Pflegedienstleitungen müssen Verantwortung für die Weiterbildung ihrer Pflegekräfte übernehmen und sich dafür einsetzen → Öffnung geht von der Leitung aus!
- Verständigungsorientiertes Handeln in interkulturellen Teams entwickeln
- Leitfäden oder Möglichkeiten der Weiterbildung sollte Pflegedienstleitungen angeboten und an die Hand gegeben werden

Kultursensible Pflege – Kultursensible vs. kulturspezifische Angebote

- Bereits bestehende Angebote sollten für den Umgang mit unterschiedlichen Kulturen systematisch sensibilisiert werden
 - Es ist schwierig für jeden Sprach- und Kulturkreis sprach- und kulturspezifische Angebote zu schaffen
 - Öffnung bestehender Angebote kann die Versorgung, Inanspruchnahme und Zufriedenheit verbessern
- Für besonders oft vertretene Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund und insbesondere für Angebote für demenzerkrankte Menschen sollten sprachspezifische Angebote entwickelt werden
 - in den kommenden Jahren massiver Zuwachs zu erwarten
 - früher Verlust der Zweitsprache Deutsch bei Demenz

Kultursensible Pflege – Zugang zu pflegenden Familien mit Migrationshintergrund

- Vertrauen durch Gatekeeper
 - Hausarzt
 - In der entsprechenden Community anerkannte Personen als Mittler gewinnen
 - Mund-zu-Mund-Propaganda → braucht Zeit
 - Muttersprachliches Pflegepersonal erleichtert den Zugang
 - Kultursensible und nach Möglichkeit muttersprachliche PflegetrainerInnen im Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit
 - Aufgrund sich verändernder Herausforderungen: Aufsuchende, kontinuierliche, muttersprachliche Pflegeanleitung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz

Kultursensible Pflege – Derzeitige und künftige Rolle von ambulanten und stationären Pflegeangeboten

- Die Pflegestufe bei MigrantInnen liegt häufiger (15%) bei der Pflegestufe III als bei deutschen Pflegebedürftigen (9%) (Kohls 2012)
- Menschen mit Migrationshintergrund werden zu einem großen Teil zu Hause von Angehörigen gepflegt; zu 98% bei türkeistämmigen Pflegebedürftigen (Okken u.a. 2008)
- Abgesehen von Pflegegeldleistungen nehmen Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund und ihre Angehörigen wenig unterstützende Leistungen in Anspruch (Okken u.a. 2008)
- Pflege ist Familiensache, jedoch wird auch hier der Trend in Richtung professionelle Pflege stärker und die Notwendigkeit kultursensibler Angebote steigt künftig

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

- Prof. Dr. Katharina Gröning
katharina.groening@uni-bielefeld.de
- Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin
huerrem.tezcan@uni-bielefeld.de

Präsentationsfolien zum Vortrag von Sv. Frau Berroth in der Anhörung der Enquetekommission „Pflege“ am 22. Mai 2015 zum Thema „Gender, Kultursensibilität und Palliativpflege“



Abbildung 3.1: Die Versorgungspyramide am Lebensende in Deutschland.

Quelle: Borasio, Über das Sterben, a.a.O., S. 51

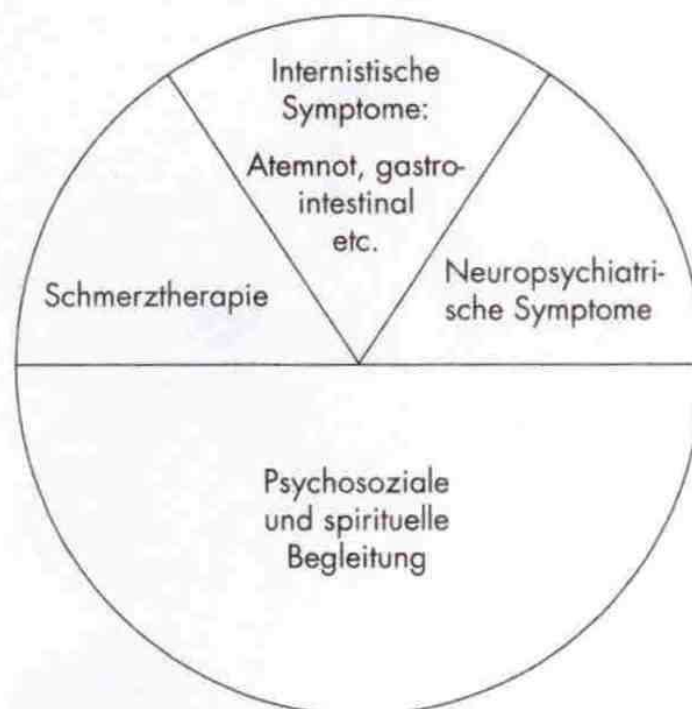


Abbildung 10.2: Die Arbeitsverteilung in der Palliativbetreuung.

Quelle: Borasio, Über das Sterben, a.a.O., S. 185