

15. LANDTAG VON BADEN-WÜRTTEMBERG

Enquetekommission

„Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

Öffentlicher Teil

12. Sitzung

Freitag, 24. Juli 2015, 9:00 Uhr

Stuttgart, Plenarsaal

(Kunstgebäude)

Beginn: 9:00 Uhr (Mittagspause: 12:49 bis 13:31 Uhr) Schluss: 16:59 Uhr

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

Teil I – öffentlich

- Verbändeanhörung S. 1

Teil II – nicht öffentlich

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

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

am Freitag, 24. Juli 2015, 9:00 Uhr bis 17:05 Uhr, Plenarsaal (Kunstgebäude)

Ablaufplan und Übersicht über die eingeladenen Organisationen und Verbände (Vortrag jeweils bis zu 7 Minuten)			
Lfd. Nr.	Uhrzeit		Referentin/Referent
	9:00 Uhr	Begrüßung: Vorsitzender Helmut W. Rüeck	
1	ca. 9:07 Uhr	Landespflegerat	Irmgard Glockenstein <i>Vorsitzende</i>
2	ca. 9:14 Uhr	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)	Stefan Kraft <i>Landesbeauftragter, Leiter der Landesgeschäftsstelle</i>
3	ca. 9:21 Uhr	Ver.di	Leni Breymaier <i>Landesleiterin</i>
4	ca. 9:28 Uhr	KAS – Konferenz der Altenpflegeschulen	Wolfgang Hahl <i>Vorsitzender</i>
5	ca. 9:35 Uhr	Landesfrauenrat	Luisa Boos <i>Beauftragte für Öffentlichkeitsarbeit</i>
ca. 9:42 Uhr bis 10:12 Uhr Aussprache zu den Vorträgen 1 bis 5			
P A U S E bis 10:30 Uhr			
6	10:30 Uhr	wir pflegen – Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland	Barbara Riethmüller <i>Geschäftsführendes Vorstandsmitglied</i>
7	ca. 10:37 Uhr	Landesverband für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung	Thomas Seyfarth <i>stellv. Landesvorsitzender</i>
8	ca. 10:44 Uhr	Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker	Paul Peghini <i>stellv. Vorsitzender</i>
9	ca. 10:51 Uhr	Landesverband Psychiatrie-Erfahrener	Martin Ortoff <i>Mitglied im Landesverband</i>
10	ca. 10:58 Uhr	Alzheimergesellschaft Baden-Württemberg	Sylvia Kern <i>Geschäftsführerin</i>
ca. 11:05 Uhr bis 11:35 Uhr Aussprache zu den Vorträgen 6 bis 10			
P A U S E bis 11:45 Uhr			
11	11:45 Uhr	Caritas	Monsignore Bernhard Appel <i>Diözesan-Caritasdirektor u. Vorstandsvorsitzender</i>
12	ca. 11:52 Uhr	Diakonie	Eva-Maria Armbruster <i>stellvertretende Vorstandsvorsitzende Diakonisches Werk Württemberg</i>
13	ca. 11:59 Uhr	IRGW/IRGB (Israelitische Religionsgemeinschaft)	Werner Meier <i>Leiter der Sozialabteilung der IRGW; Vertreter der IRGW in versch. Liga-Fach-ausschüssen</i>
14	ca. 12:06 Uhr	Zentralrat der Muslime Baden-Württemberg	Dr. med. Ferid Kugic <i>Vorstandsmitglied</i>
ca. 12:13 Uhr bis 12:43 Uhr Aussprache zu den Vorträgen 11 bis 14			
MITTAGSPAUSE bis 13:30 Uhr			

15	13:30 Uhr	Paritätischer Wohlfahrtsverband	Ursel Wolfgramm <i>Vorstandsvorsitzende</i>
16	ca. 13:37 Uhr	Arbeiterwohlfahrt	Nils Opitz-Leifheit <i>Vorsitzender Bezirksverband Württemberg e. V.</i>
17	ca. 13:44 Uhr	Deutsches Rotes Kreuz	Hans Heinz <i>Landesgeschäftsführer</i>
18	ca. 13:51 Uhr	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft	Matthias Einwag <i>Hauptgeschäftsführer</i>
ca. 13:58 Uhr bis 14:28 Uhr Aussprache zu den Vorträgen 15 bis 18			
P A U S E bis 14:45 Uhr			
19	14:45 Uhr	AOK Baden-Württemberg	Dr. Holger Pressel <i>Leiter Politik</i>
20	ca. 14:52 Uhr	B 52-Verbändekooperation Baden- Württemberg	Frank Winkler <i>stellv. Leiter der vdek- Landesvertretung</i>
21	ca. 14:59 Uhr	Verband der Privaten Krankenversicherung	Dr. Tim Genett <i>Geschäftsführer</i>
22	ca. 15:06 Uhr	Kassenärztliche Vereinigung	Dr. Johannes Fechner <i>stellv. Vorsitzender des Vorstandes</i>
23	ca. 15:13 Uhr	Deutsche Rentenversicherung Baden- Württemberg	Ulrich Hartschuh <i>Abteilung Sozialmedizinischer Dienst, Reha-Management</i>
ca. 15:20 Uhr bis 15:50 Uhr Aussprache zu den Vorträgen 19 bis 23			
P A U S E bis 16:05 Uhr			
24	16:05 Uhr	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	Erhard Weiß <i>Geschäftsführer Bezirksverwaltung Karlsruhe</i>
25	ca. 16:12 Uhr	Unfallkasse Baden-Württemberg	Tanja Hund <i>stellv. Geschäftsführerin</i>
26	ca. 16:19 Uhr	Gemeindetag und Städtetag Baden- Württemberg	Gudrun Heute-Bluhm <i>Städtetag Baden-Württemberg Geschäftsführendes Vorstandsmit- glied; OBin a. D.</i>
27	ca. 16:26 Uhr	Landkreistag Baden-Württemberg	Karl Röckinger <i>Landrat Enzkreis</i>
ca. 16:33 Uhr bis 17:03 Uhr Aussprache zu den Vorträgen 24 bis 27			
ca. 17:05 Uhr E N D E			

(Beginn des öffentlichen Teils: 9:00 Uhr)

Teil I – öffentlich Verbändeanhörung

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich darf Sie bitten, die Plätze einzunehmen; es ist 9 Uhr. Ich darf Sie alle zum öffentlichen Teil der 12. Sitzung der Enquetekommission „Pflege“, der Verbändeanhörung, sehr herzlich begrüßen. Ich begrüße insbesondere die Referentinnen und Referenten des heutigen Tages. Sehen Sie es mir nach, wenn ich nicht alle 27 Referenten jetzt, sondern sie dann in der Reihenfolge, in der sie vorgesehen sind, begrüße. Ich freue mich, dass wieder Vertreter des Sozialministeriums anwesend sind, und begrüße natürlich auch die Damen und Herren Mitglieder der Enquetekommission und unsere Gäste.

Wir haben heute ein ambitioniertes Programm vor uns. Deswegen werde ich strikt auf Zeitdisziplin achten müssen. Ich glaube, das ist im Interesse von uns allen. Ich darf insbesondere die Damen und Herren Mitglieder der Enquetekommission bitten, in der Frageunde kurze Fragen zu stellen.

Der Enquetekommission „Pflege“ war und ist es wichtig, dass die Verbände nach unseren öffentlichen Anhörungen noch einmal zu Wort kommen. Heute sind 27 Verbände vertreten. Deswegen möchte ich keine langen Vorreden halten, sondern gleich zum Punkt kommen.

Vielleicht noch für die Referentinnen und Referenten: Am Redepult befindet sich eine Uhr – wir haben jedem Verband sieben Minuten eingeräumt –, die rückwärts mitläuft, damit Sie in etwa sehen, wie Sie zeitlich liegen. Ich werde Ihnen zusätzlich ca. eine Minute vor dem Ende der Redezeit ein visuelles Signal am Redepult geben. Da blinkt dann ein Lämpchen, und das heißt, dass Sie dann allmählich zum Ende kommen sollten. Ich werde mich auch nicht scheuen, es von hier oben zu sagen, wenn die sieben Minuten vorbei sind.

Ich darf als erste Vertreterin der Verbände Frau Irmgard Glockenstein ans Redepult bitten. Sie ist Vorsitzende des Landespflegerats. Frau Glockenstein.

Sv. Frau Glockenstein: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Mitglieder der Enquetekommission „Pflege“, sehr geehrte Damen und Herren! Die neun Verbände des Landespflegerats bedanken sich für das Rederecht in der heutigen Anhörung, um hier zentrale Positionen vorzutragen.

Pflegfachpersonen und Pflegeteams leisten einen wichtigen und eigenständigen Beitrag im Gesundheitswesen, alleine und in Kooperation mit Berufsangehörigen im Gesundheitswesen. Pflegende erfahren direkt von ihren Patienten und Klienten höchste

Wertschätzung, was viele im Beruf hält und der Berufsausübung in der Pflege Sinn gibt. Innerhalb der Gesundheitsberufe wird die Wertschätzung von den Pflegenden demgegenüber immer weniger, bis überhaupt nicht wahrgenommen. Dieser Gegensatz muss aus unserer Sicht aufgelöst werden und führt zu unseren Themen, die ich im Folgenden darstelle.

Erstens: Förderung der Pflegeforschung und Pflegewissenschaft. Versorgungsforschung Pflege ist für Baden-Württemberg institutionell einzurichten. Notwendig ist dies, um in Zukunft die richtigen Entscheidungen für eine bedarfsbezogene und evidenzbasierte Pflege in den verschiedenen Sektoren zum Nutzen der Bevölkerung zu treffen. Basis bildet der weitere Ausbau der Pflegestudiengänge, insbesondere der Pflegewissenschaft. Hierzu bedarf es der politischen Unterstützung.

Pflegestudiengänge, insbesondere die der Pflegewissenschaft, müssen an Universitäten etabliert werden, so wie in allen europäischen Ländern. In Baden-Württemberg gibt es zurzeit keinen einzigen Studiengang der Pflegewissenschaft sowie kein Studium der Pflege an einer Universität. Weiterhin werden dringend Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer für die kommenden Pflegegenerationen benötigt, die, wie in anderen Berufen, an Universitäten ihr Studium absolvieren.

Zweitens: Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Pflegeberufe durch ausreichendes Personal und angemessene Entlohnung. Ein gesetzlicher Rahmen für die Personalbedarfsbemessung ist notwendig. Der Einsatz von Personalbemessungsinstrumenten wird mit Nachdruck gefordert. Die für die Pflege kalkulierten Kosten innerhalb der Betriebskosten müssen zwingend bei der Pflege und damit beim Menschen mit Pflegebedarf ankommen. Hier ist für die Einrichtungen im Krankenhaus, der ambulanten und der stationären Pflege ein geeigneter Weg zu finden, um für die jeweiligen Pflege settings die notwendigen Pflege- und Hilfeleistungen sicherzustellen.

Eine angemessene Vergütung für die Pflegeberufe ist eine der Grundlagen für die Berufszufriedenheit. Für die Zukunft, für die Nachwuchsgewinnung sind diese Rahmenbedingungen für die beruflich Pflegenden zu verbessern. Zu berücksichtigen sind die unterschiedlichen, auch neuen Qualifikationen in der Pflege und damit verbundene Aufgaben und Verantwortlichkeiten.

Drittens: Einrichtung einer Pflegekammer in Baden-Württemberg. Die Argumente für eine Selbstverwaltung sind vorgebracht. 17 000 Unterschriften wurden in diesem Jahr vorgelegt. Die Kommentare der Pflegenden belegen, dass die Pflegeberufe nicht nur fremdbestimmt, sondern selbstbestimmt ihre beruflichen Belange vertreten können und auf Augenhöhe kommen müssen. Identitätsstiftend ist die Pflegekammer, so die Aussagen von Wissenschaftlern, die im Ausland die Pflegeberufe und die Pflege kennen. Wir können unseren Berufsstolz und die Identität wiederfinden und damit starke Signale an den Nachwuchs mit einem positiven Image des Pflegeberufs senden.

Eigenständige Berufe als vierter Punkt. Das neue, das zu erwartende Pflegeberufegesetz wird Entwicklungen hin zu einem eigenständigen Pflegefachberuf aufzeigen: durch definierte Vorbehaltsaufgaben, die berufliche Ausbildung und das Studium an der Hochschule. Dies eröffnet Möglichkeiten, Pflege im Gesundheitssystem höchst wirkungsvoll einzusetzen. Damit gemeint ist beispielsweise, Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3 c SGB V einzurichten, die Substitution von ärztlichen Aufgaben und dazugehöriges Ordnungsrecht, z. B. für Hilfsmittel, im SGB V zu verankern, Familienpflege, präventive Angebote in den Lebensaltersstufen aufzubauen und den Herausforderungen der Zukunft – wie demografische Entwicklung, Zivilisationskrankheiten, chronische Erkrankungen – mit den richtigen Versorgungskonzepten zu begegnen.

Case Management – hier meine ich das Case Management wie in anderen europäischen Ländern – zur Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zielt auf eine wirksame Versorgung für Menschen mit Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen.

Fünftens: praktische Ausbildung. Die in Baden-Württemberg im Landespflegegesetz verankerte und definierte Praxisanleitung in der Ausbildung ist nicht nur einzufordern, sondern auch durch Regelungen auf ihre Umsetzung hin zu überprüfen. Die Ausbildung – damit auch eine gelungene Praxisanleitung – bildet die Grundlage für die Berufsausübung und die Zufriedenheit der Auszubildenden. Die Mittel aus dem Ausbildungsfonds müssen zweckgebunden für die Ausbildung eingesetzt werden.

Sechstens: Intensivpflege im Krankenhaus. Besondere Ansprüche in der Klinikpflege und die erhöhten Anforderungen speziell in der Intensivpflege nehmen immer mehr Platz in den Kliniken ein. Für den Bereich Intensivpflege sind spezielle Studiengänge notwendig, damit dieses Arbeitsfeld an Attraktivität gewinnt und auch fachlich den komplexen Anforderungen der Zukunft gewachsen ist. Weitere Spezialisierungen – wie Pflege in der Onkologie, der Neurologie und der Geriatrie – sind in diesem Kontext mit einzubinden, wenn es um die zukünftige Frage der Fachweiterbildungen und/oder des Studiums geht. Modellstudiengänge weisen in diese Richtung und sind weiter auszubauen.

Neue Wohnformen und Sozialraum: Innovationen in den Pflegestrukturen – wie Mehrgenerationenhäuser, Wohngruppen mit Pflegeangeboten – sind in Baden-Württemberg und in anderen Ländern auf den Weg gebracht. Aufgrund des hohen Bedarfs sind diese neuen Wohnformen der Zukunft mit intensivem Einsatz weiterzuentwickeln, wie die Kurzzeitpflege und auch die Pflegestützpunkte, die an gut erreichbaren Standorten stehen sollen.

Als letzten Punkt E-Health und Telepflege, um in die Zukunft zu weisen: Die Möglichkeiten des Einsatzes von IT sind vielfältig, jedoch noch zu wenig definiert. Für die Schaffung eines erfolgreichen IT-Umfelds bedarf es der politischen Kompetenz für die notwendige politische Unterstützung. Die Einbindung der Pflege in die politischen Aktivitäten

ten in Baden-Württemberg im Bereich E-Health wird daher sehr begrüßt und vom Landespflegerat aktiv unterstützt.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Frau Glockenstein. Das war eine absolute Punktlandung. – Ich darf nun für den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste Herrn Stefan Kraft ans Mikrofon bitten. Er ist Landesbeauftragter und Leiter der Landesgeschäftsstelle.

Sv. Herr Kraft: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Mitglieder der Enquetekommission, sehr geehrte Damen und Herren! Ein zentrales Thema der Enquetekommission ist die Frage, wie vor dem Hintergrund der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung die bisherige anerkannt gute pflegerische Infrastruktur in Baden-Württemberg einerseits erhalten und andererseits weiterentwickelt werden kann.

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

Bei der Weiterentwicklung geht es vor allem um den Grundsatz „Ambulant vor stationär“, der uneingeschränkt seine Richtigkeit hat. Wir möchten darauf hinweisen, dass dieser Grundsatz in Baden-Württemberg schon jetzt gelebt wird. Warum gelebt? Das wissen Sie: 70 % der Pflegebedürftigen leben zu Hause, in den eigenen vier Wänden. Das ist vor allem ein Verdienst der pflegenden Angehörigen, aber nicht zuletzt auch der rund 1 100 Pflegedienste in Baden-Württemberg, von denen knapp 500 im bpa organisiert sind.

Der Bedarf an Pflegeheimplätzen in Baden-Württemberg steigt in den nächsten Jahren rasant an, trotz des Weiteren und begrüßenswerten Ausbaus ambulanter und teilstationärer Angebote, wie ambulant betreute Wohngemeinschaften, Tagespflege und niedrigschwellige Betreuungsangebote.

Hierzu ein paar Zahlen: Bis 2019 – in diesem Jahr tritt die Übergangsfrist in der Landesheimbauverordnung außer Kraft – werden rund 17 100 Pflegeheimplätze mehr benötigt als 2009, als die Landesheimbauverordnung in Kraft getreten ist. Diesem Mehrbedarf steht ein massiver Abbau an Plätzen gegenüber, hervorgerufen durch die Landesheimbauverordnung. Auch hierzu ein paar Zahlen: Ende 2013 gab es in Baden-Württemberg in Pflegeheimen 35 700 Plätze in Doppelzimmern. Davon müsste die Hälfte, also knapp 18 000, bis 2019 abgebaut werden, wenn keine Befreiungen erteilt bzw. die Übergangsfristen nicht verlängert werden.

Eine weitere interessante Zahl, die wir aktuell vom Statistischen Landesamt bekommen haben: Von 2009 bis 2013 sind in Baden-Württemberg knapp 3 000 neue Pflegeheim-

plätze entstanden. Rechnet man das bis 2019 hoch, dann würde das ein Wachstum um ca. 7 300 neue Pflegeheimplätze bedeuten. Wenn man dieses Wachstum dem künftigen Bedarf gegenüberstellt – dies bezieht sich erst einmal nur auf das Doppelzimmerverbot –, dann erkennt man, dass eine Lücke von knapp 18 000 Pflegeheimplätzen entsteht; diese Plätze würden im Jahr 2019 fehlen. Das ist eine gigantische Lawine, die auf das Land zurollt.

Vor diesem Hintergrund ist es mir schon wichtig, Sie darauf hinzuweisen, dass noch nicht berücksichtigt ist, dass weitere Plätze wegfallen werden, weil andere Vorgaben der Landesheimbauverordnung da noch gar nicht berücksichtigt sind, wie Zimmergröße, lichte Raumbreite, Sanitärraumvorgaben, Wohngruppengröße, Größe der Einrichtungen insgesamt usw.

Nicht berücksichtigt ist dabei auch, dass sich eine nicht geringe Zahl von Einrichtungen – das ist jetzt schon erkennbar – gezwungen sehen wird, den Betrieb insgesamt wegen der Landesheimbauverordnung einzustellen. Dafür zeichnen sich schon jetzt entsprechende Tendenzen ab. Dies betrifft vor allem kleinere, familiäre, mittelständische Pflegeeinrichtungen.

Ein weiteres Problem, das erst jetzt im Zuge der Diskussion um die Umsetzung der Verordnung richtig zutage getreten ist, ist, dass zwar Befreiungen vom Doppelzimmerverbot grundsätzlich möglich sind. Die Landesheimbauverordnung sieht aber vor, dass die Doppelzimmer ab 2019 mindestens 22 m² aufweisen müssen. Bis 2009 war die Vorgabe 18 m². Die Einrichtungen sind jetzt in der paradoxen Situation, dass sie zwar möglicherweise eine Befreiung vom Doppelzimmerverbot bekommen könnten, weil dies wirtschaftlich unzumutbar ist, das Sozialministerium aber die Rechtsauffassung vertritt, dass wiederum keine Befreiung von der Vorgabe 22 m² möglich ist, was zu einem weiteren Abbau von Plätzen führen könnte.

Das waren ein paar Ausführungen zum künftigen Bedarf und zu den Auswirkungen der Landesheimbauverordnung auf die künftige pflegerische Infrastruktur in Baden-Württemberg.

Jetzt noch ein paar kurze Anmerkungen zu den ermessenslenkenden Richtlinien zur Landesheimbauverordnung. Sie wissen: Diese Richtlinien sind im Februar 2015 in Kraft getreten, fünfeinhalb Jahre nach dem Inkrafttreten der Verordnung. Das heißt, die Heimaufsichten wurden erst fünfeinhalb Jahre nach dem Inkrafttreten der Verordnung in die Lage versetzt, mit den Einrichtungen in einen Abstimmungsprozess zur Umsetzung der Verordnung einzutreten. Umgekehrt haben die Einrichtungen erst jetzt eine einigermaßen – ich betone: einigermaßen – verlässliche Rechts- und Planungssicherheit, wie die Landesheimbauverordnung umzusetzen und mit den vielen unbestimmten Rechtsbegriffen, Soll- und Kannregelungen, insbesondere mit dem Begriff der wirtschaftlichen Unzumutbarkeit, umzugehen ist.

Ich fasse meine Ausführungen in vier Forderungen und Statements zusammen:

Erstens: Die Stadt- und Landkreise müssten zeitnah erheben, wie sich die Umsetzung der Landesheimbauverordnung auf die Platzzahl im jeweiligen Kreis auswirken wird.

Zweitens: Die daraus resultierenden Erkenntnisse müssen angemessen in die Entscheidungen über Anträge auf die Erteilung von Ausnahmen und Befreiungen und die Verlängerung der Übergangsfrist einfließen.

Drittens: Die Übergangsfrist in der Landesheimbauverordnung muss um die „verlorenen“ fünfeinhalb Jahre verlängert werden.

Viertens: Korrekturen an der Verordnung dürfen aus unserer Sicht in Bezug auf die Bestandseinrichtungen – ich betone: Bestandseinrichtungen – kein Tabu sein. Ich verweise hier noch einmal auf die Regelung bezüglich der Doppelzimmer, von deren Umsetzung befreit werden kann, und darauf, dass aber die 22 m² laut Auffassung des Sozialministeriums unmissverständlich verbindlich sind.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und stehe für Fragen im Nachgang gern zur Verfügung.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Kraft. – Für ver.di spricht Landesbezirksleiterin Leni Breymaier.

Sv. Frau Breymaier: Schönen Dank. – Herr Vorsitzender, meine sehr geehrten Damen und Herren Abgeordneten, sehr geehrte Damen und Herren! Gern nutze ich meine sieben Minuten für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, um das, was wir bereits schriftlich eingereicht haben, hier noch mündlich zu ergänzen. Aber ich verweise insbesondere im Detail auf die schriftliche Stellungnahme.

Bei ver.di sind sowohl demente Menschen organisiert als auch Menschen, die Angehörige pflegen. Gleichwohl will ich mich heute Morgen auf die Beschäftigten beschränken; denn das ist, glaube ich, auch die Rolle, die wir hier heute haben. Die Beschäftigten in der Pflege sind zusammen mit den Kranken die Hauptpersonen, um die es geht.

In diesem Zusammenhang verweise ich als Erstes auf die Personalausstattung, die ohnehin niedrig ist. Die niedrige Personalausstattung wird sich in der nächsten Zeit verschärfen. Ich bin keine große Verfechterin des Wortes „Fachkräftemangel“. Dieser Begriff wird manchmal auch missbraucht, aber in der Pflege stimmt er. Wir werden das, was wir heute haben, nicht halten können, wenn wir uns nicht darum kümmern, gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zu schaffen, und wenn wir nicht dafür sorgen, dass junge und auch ältere Leute Lust haben, diesen Beruf zu ergreifen.

Darüber hinaus müssen wir schauen, dass wir den Personalschlüssel erhöhen. Wir arbeiten zurzeit mit einem Personalschlüssel aus den Neunzigerjahren mit einer leichten Angleichung im Jahr 2003. Der passt nicht mehr, weil – wir haben es gerade gehört – die Menschen immer länger auch zu Hause gepflegt werden und immer kränker in die Einrichtungen kommen. Die Menschen sind heutzutage viel dementer als früher. Dies bedarf eines höheren Personalschlüssels. Die Beschäftigten in der Pflege halten es fast nicht aus, unter welchen Umständen sie sich um die Menschen kümmern müssen, die ihnen anvertraut sind.

Deshalb sagen wir: erstens ein höherer Personalschlüssel. Zweitens: Gute Arbeit heißt auch gute Pflege. Dazu gehört genügend Personal. Das hat etwas mit der schieren Menge an Arbeit zu tun. Das hat aber auch etwas damit zu tun, dass die Menschen keine Fließbandpflege erbringen möchten, sondern wer in der Pflege arbeitet, will pflegen, will betreuen, will beraten.

Zu einer guten Arbeit in der Pflege gehören schlussendlich auch ordentliche, berechenbare und familienfreundliche Arbeitszeiten, und zwar völlig egal, über welche Form wir reden. Wir haben gerade vor der Tür ein bisschen herumgestritten, was da die Zukunft ist. Egal, für welche Wohnformen wir uns in Zukunft entscheiden: Wir brauchen genügend Personal, das ordentlich qualifiziert ist.

Am Ende – das sage ich jetzt relativ bewusst, weil uns die Beschäftigten sagen: „Wir brauchen alle diese Dinge. Wir brauchen gute Arbeit.“ – reden wir auch über das Geld. Es ist nicht damit getan, dass wir sagen: „Wir wollen 5 % mehr“, und dann bekommen wir vielleicht sogar 2,5 % oder, wenn wir super sind, 2,8 %. Vielmehr müssen wir gemeinsam schauen, dass die Aufwertung der Pflegeberufe nicht allein eine tarifpolitische Angelegenheit ist, sondern dass dies auch als gesellschaftspolitisches Anliegen begriffen wird. Wenn wir gute Leute in der Pflege haben wollen, dann müssen wir sie auch gut bezahlen. Das ist bei dieser Vielzahl von Anbietern wirklich eine Herausforderung.

Meine Vision ist, dass wir irgendwann tatsächlich einen Pflegetarifvertrag bekommen, der womöglich sogar allgemein verbindlich ist. Dazu bräuchten wir auch wieder den Gesetzgeber. Aber im Moment sind die Dinge sehr, sehr schwierig. Ich glaube, es ist auch gesellschaftlich eine hohe Akzeptanz dafür vorhanden, dass wir da etwas verändern.

Wenn ich mehr als sieben Minuten Redezeit hätte, dann würde ich jetzt noch viel über die Finanzierung des Ganzen sagen; denn das alles gibt es natürlich nicht umsonst. Meine Vision ist: Die Digitalisierung steigert die Wertschöpfung, und die vielen Arbeitsplätze, die in der Industrie wegfallen, kann man dann alle in die Bildung und die Pflege geben. Da reden wir von in 20, in 30 Jahren.

Kurzfristig, so denke ich, müssen wir, die Gesellschaft, uns überlegen: Was ist uns die Arbeit am Menschen wert? Was sind uns die Menschen wert? Ich sage einfach einmal: Es ist genug Geld da. Die Frage ist nur, wofür wir es ausgeben.

Ich freue mich darüber, wenn diese Enquetekommission einen super Abschlussbericht vorlegt. Ich glaube nicht, dass wir alle Erkenntnisprobleme haben, sondern es ist einfach die Frage der Umsetzung. Dann, wenn der Abschlussbericht vorliegt, ist ver.di sehr gern bereit, sich mit Ihnen allen an die Umsetzung zu machen, und darauf freue ich mich.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herzlichen Dank, Frau Breymaier. – Wir kommen nun zur Konferenz der Altenpflegeschulen. Es spricht der Vorsitzende, Herr Wolfgang Hahl.

Sv. Herr Hahl: Vielen Dank. – Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Ich werde an das Thema Arbeitnehmer anknüpfen. Das sind ja in der Regel ehemalige Auszubildende. Die Konferenz der Altenpflegeschulen ist ein Zusammenschluss von 60 Schulen in privater Trägerschaft im Land Baden-Württemberg.

Blicken wir in die Zukunft der Ausbildung, dann bekommen wir Sorgenfalten auf die Stirn; denn das schon erwähnte Pflegeberufegesetz wird zu einem Erdbeben in der Ausbildung führen. Vor allem werden die Sachen, die darin vorhanden sind, irreversibel sein. Aus unserer Sicht geht dieses Gesetz an dem klaren Fakt vorbei: Die Zukunft der Pflege ist die Pflege des alten Menschen. Die Altenpflegeausbildung hat sich spätestens seit 2003 in einem großen Maß auf genau die Belange spezialisiert, die die Menschen benötigen.

Uns treiben drei große Punkte um: Das ist die Sorge um die Versorgung und Pflege der älteren Generation, die damit in einen anderen Fokus gerät. Die Pflege bekommt einen anderen Stellenwert, eine andere Nuance. Auch geht es ein Stück weit um die Sorge um die Mitarbeiter im ambulanten und im stationären Bereich. Denn sie werden die Leidtragenden dieses Gesetzes sein; das muss man so sagen. Wir haben auch die Sorge, dass das in Baden-Württemberg sehr gute Ausbildungssystem – flächendeckend und wohnortnah – nicht aufrechterhalten sein wird.

Das Pflegeberufegesetz vermittelt zunächst einmal den Eindruck, dass die Qualität der Pflege, insbesondere der Altenpflege, verbessert werden soll. Fakt ist aber, dass die Altenpflege damit eigentlich abgeschafft wird.

Die Ausbildung wird eine sehr breite Ausbildung werden. Sie können sich vorstellen: Wenn drei Berufe zusammengelegt werden, hat man eine Schnittmenge; die Leute können dann weniger als in einem spezialisierten Beruf. Das erscheint uns nicht mehr zeitgemäß. Die Träger und Verbände müssen auch daran denken, dass später Kosten

für eine Nachqualifikation entstehen. Das Ganze dauert dann nicht mehr drei Jahre, sondern vier bis fünf Jahre.

Zudem muss man sich fragen, wie es volkswirtschaftlich zu bewerten ist, wenn Kosten, die bereits in der Grundausbildung vorhanden sind, auf den Geldbeutel der Mitarbeiter verlagert werden.

Aus unserer Sicht wäre es besser gewesen, den Vorschlag aufzugreifen, eine gemeinsame einjährige Ausbildung anzustreben und später die Spezialisierung zu machen. Das wäre im Grunde genommen zeitgemäß. Das Gesetz nimmt jetzt billigend in Kauf, dass Menschen später in Bereichen eingesetzt werden, für die sie nie ausgebildet worden sind. Das ist leider so intendiert.

Wir können auch nicht verstehen, wie die Initiative der Bundesregierung, die ja sehr fruchtbar war und die ganz viele Menschen in die Altenpflegeausbildung gebracht hat, die vorher gar nicht daran gedacht haben, plötzlich gekippt, aufgelöst werden kann, so dass uns dadurch gute Mitarbeiter und Schüler verloren gehen.

Das kommende Gesetz wird leider die Auswirkung haben, dass die Beschäftigten im Krankenhausbereich hängen bleiben. Die Bezahlung im Akutbereich ist wesentlich besser als in der Altenpflege. Ich zitiere das immer wieder: In Deutschland gibt es Erfahrungen mit der generalistischen Ausbildung, nämlich in der DDR. Dort sind die guten Mitarbeiter im Krankenhaus gewesen, die schlechten im Altenheim. Auch das ist ein bestehender Fakt.

Aus unserer Sicht ist ganz bedenklich, dass das Pflegeberufegesetz die Trias mit den Altenpflegeschulen auflöst. Die Schüler sind bei den Einrichtungen angestellt und werden auch von dort bezahlt. Auch die Schulen und die anderen beteiligten Kooperationspartner werden von dort bezahlt.

Ich will Ihnen nur einige Zahlen nennen: Zurzeit gibt es in der Bundesrepublik Deutschland 900 Krankenhäuser und ungefähr 10 000 Pflegeeinrichtungen, die ausbilden. Wir haben große Bedenken, dass die Pflegeeinrichtungen nicht darauf vorbereitet sind, Gelder für eine Finanzierung weiterleiten zu müssen. Sie müssen Personal aufbauen. Wir vermuten, dass daraus eine Zurückhaltung eintreten wird, was die Ausbildung betrifft. Man wird erst einmal abwarten, bis die Strukturen tatsächlich entstanden sind. Das wird dazu führen, dass Ausbildungsplätze wegfallen. Dann müssen Schulen schließen, was ja auch eine Intention des Pflegeberufegesetzes ist.

Sie wissen, dass mit dem Ganzen sehr hohe Kosten verbunden sind. Man hat 2013 die Mehrkosten dieser gemeinsamen Ausbildung auf 305 Millionen € beziffert und berechnet, dass man das gegenfinanzieren könnte, wenn 10 % der Schulen schließen. Derzeit gibt es 132 000 Ausbildungsplätze. 10 % davon, also 13 000, wären dann weg und

würden nicht mehr besetzt. Vielleicht gibt es einen Synergieeffekt bezüglich 3 000 Plätzen.

Minister Gröhe hat kürzlich, im Juli, gesagt, dass die Mehrkosten dieses Gesetzes nicht mehr bei 305 Millionen € liegen, sondern mittlerweile bei 400 Millionen €. Man muss berechnen, was das dann bedeutet.

Wir brauchen eine Garantie für das finanzielle Überleben. Das hält keine der Schulen aus, manche Träger vielleicht. Aber es sind ja nicht nur große Träger, sondern viele kleine Schulen, gerade im ländlichen Raum. Die werden zumachen, weil sie es nicht verkraften, wenn ein Jahrgang an Schülern nicht zustande kommt.

Der Beruf wird weiterhin an Attraktivität verlieren; denn Schüler – wir sprechen von Realschülern, die 18 Jahre oder noch jünger sind und nicht unbedingt einen Führerschein haben – werden keine langen Wege auf sich nehmen, um in das nächste Krankenhaus zu fahren, wenn es 20 oder 30 km entfernt ist. Die Menschen werden woandershin gehen, gerade in Zeiten der demografischen Entwicklung, die auch die Schüler betrifft.

Uns wäre es am wichtigsten, dass die Altenpflege als Beruf noch einmal betrachtet würde. Wir werfen die Forderung nach einem runden Tisch in die Runde, an dem auch die Belange der Altenpflege jenseits von berufsständischen oder eigennützigen Interessen diskutiert werden; denn die Altenpflege ist die Pflege, die die alten Menschen brauchen. Wir alle haben eine moralische Verpflichtung gegenüber der Generation, die jetzt im Heim ist. Sie haben die Zahlen vom Kollegen gehört.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herzlichen Dank, Herr Hahl. – Für den Landesfrauenrat spricht die Beauftragte für Öffentlichkeitsarbeit, Luisa Boos.

Sv. Frau Boos: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren! Der Landesfrauenrat als Dachverband von derzeit 52 frauenpolitisch engagierten Verbänden befasst sich seit seiner Gründung vor mehr als 45 Jahren mit dem Thema Pflege – einerseits weil Pflege Teil traditionell geprägter Rollenerwartungen und insofern auch Gegenstand von Selbstreflexion und Emanzipationsprozessen von Frauen ist.

Andererseits sind die quantifizierbaren Fakten hinlänglich bekannt und wurden hier auch schon mehrfach genannt: Zwei Drittel der Pflegebedürftigen sind Frauen. Die Mehrheit der häuslich privat Pflegenden und der professionell Pflegenden ist weiblich. Aus der Altersforschung wissen wir zudem: Die Lebenswelten von Männern und Frauen unterscheiden sich mit zunehmendem Alter. Doch diese offensichtliche Evidenz von

Genderaspekten spielt bei den Schlussfolgerungen für die Gegenwart und die Zukunft der Pflege auch in dieser Enquetekommission nur am Rande eine Rolle.

Uns alle eint jedoch das Ziel, Pflegebedürftigen so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Wir möchten dies für die Menschen in unserer Umgebung und für uns selbst.

Bei der Identifizierung der Bedingungen für ein möglichst selbstbestimmtes Leben auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist zu fragen, wie Genderaspekte wirken und wie diesen angemessen Rechnung getragen werden kann. Von den materiellen Bedingungen haben die finanziellen Ressourcen – Stichwort „Altersarmut ist weiblich“ –, die Wohnverhältnisse, die infrastrukturellen Bedingungen sowie die Unterschiede von Stadt und Land weitreichende Folgen.

Was benötigt also eine ältere, teilweise bereits hilfebedürftige Frau, die, wie die meisten älteren Menschen, in ihrer vertrauten Umgebung wohnen bleiben möchte? Am besten werden dazu die Betroffenen vor Ort selbst gefragt. Wir befürworten deshalb die Entwicklung von Quartiersansätzen. Diese gilt es flächendeckend zu entwickeln und weiterzuentwickeln. Wir schlagen vor, dass das Land hierzu eine Offensive startet. Ohne Frage: Hierfür sind Geld und Personalkapazität notwendig. Es ließen sich z. B. aber auch Synergien erzielen, wie bei der Erhaltung der Nahversorgungsstrukturen im ländlichen Raum.

Teil der Quartierskonzepte sollte auch die Weiterentwicklung wohnortnaher Versorgungsangebote nach Klinikaufenthalten zur Wiedererlangung der Selbstständigkeit sein.

Wir alle wissen: Im höheren Alter und bei Pflegebedürftigkeit wohnen Frauen eher als Männer in Pflegeheimen. Hier geht es um das Thema „Gendersensible Pflege“ und entsprechend geschultes – weibliches – Pflegepersonal. Die Berücksichtigung von Geschlechteraspekten in der Lebensgeschichte ist und bleibt wichtig. Retraumatisierungserfahrungen, insbesondere nach traumatisierenden kriegs- und fluchtbedingten Vorerfahrungen mit sexualisierter Gewalt, gilt es den Frauen in der Pflegesituation zu ersparen. Dies betrifft viele aktuell hochaltrige Frauen, muss aber auch im Kontext der Aufnahme weiblicher Flüchtlinge weiter im Blick sein. Bei der zugewanderten Bevölkerung, die zunehmend ebenfalls pflegebedürftig werden wird und teilweise schon ist, stellt sich das Erfordernis einer gendersensiblen und kultursensiblen Pflege.

Im Bereich „Frauen als Pflegende“ sehen wir akute Handlungsnotwendigkeiten bei der privaten häuslichen Pflege durch Angehörige, der Unterstützung der häuslichen Versorgung durch Haushaltshilfen und der professionellen Pflege.

Bei der privaten häuslichen Pflege durch Angehörige stellen sich zwei zentrale Herausforderungen:

Erstens die Verbesserung der Vereinbarkeit von Care-Aufgaben und Berufstätigkeit durch bessere Rahmenbedingungen in der sozialen Infrastruktur vor Ort, in der Arbeitswelt und im Sozialrecht. Tarifpartner und Gesetzgeber sind gefordert, betriebliche Rahmenbedingungen und Lebensarbeitszeitmodelle umzusetzen, die dem gerecht werden. Ausgerechnet Beschäftigte aus Kleinunternehmen aus der gesetzlich geregelten Familienpflegezeit auszunehmen ist deshalb nicht akzeptabel. Auch die rentenrechtliche Anerkennung von Pflegezeiten oder allgemein Care-Zeiten müsste noch weiter verbessert werden.

Zweitens: Pflege generationengerecht gestalten muss aber auch wörtlich verstanden werden. Nötig sind hierzu innerfamiliäre Aushandlungsprozesse mit dem Ziel einer gerechteren, einer gerechten Verteilung der Pflege- und Versorgungsaufgaben im Familien- bzw. im Verwandtschaftszusammenhang. Ob das hierfür vielfach nötige unterstützende Empowerment für die in der Regel betroffenen Frauen über Erwachsenenbildungsprogramme, die Familienbildung, in Pflegestützpunkten, in Kirchengemeinden oder Stadtteilzentren erfolgt, ist dabei zweitrangig, Hauptsache nah dran und unter Beteiligung der Betroffenen.

Ein Feld mit akutem gesetzlichem Regelungsbedarf betrifft den Bereich der Haushaltshilfen. Darüber ist der Landesfrauenrat auch schon mit dem Sozialministerium im Gespräch. Die in der Regel weiblichen und meist ausländischen Haushaltshilfen, die prekär oder illegal in der häuslichen Betreuung arbeiten, haben ihrer isolierten Lage wegen kaum die Möglichkeit zur Durchsetzung ihrer Rechte als Arbeitnehmerinnen. Der Schutz dieser Frauen ist auch nach Ratifizierung der ILO-Konvention 189 zum Schutz der Hausangestellten nicht gewährleistet; denn Hausangestellte, die im Haushalt des Arbeitgebers arbeiten, hat Deutschland aus dem Geltungsbereich ausgenommen.

Des Weiteren sehen wir dringenden Handlungsbedarf bei der Entwicklung von Mindeststandards bei den Vermittlungsagenturen von Hausangestellten. Diese Vermittlungsagenturen machen ihre Geschäfte nämlich zumeist in einem weitgehend unregulierten Graubereich.

In der professionellen Pflege – sei es in ambulanten Diensten, teilstationären oder stationären Einrichtungen – steht die zu beobachtende Prekarisierung der Pflegearbeit in krassem Gegensatz zu der allerorten postulierten Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs. Fachkräftesicherung in der Pflege muss deshalb zwingend auch darauf zielen, die Arbeitsfähigkeit der in der Pflege Tätigen langfristig zu erhalten. Hierbei geht es u. a. um Arbeitsbedingungen, Arbeitszeitpolitik, eine gerechte Bezahlung, gute Aus- und Weiterbildungen und die Erhaltung der Gesundheit der Pflegenden.

Abschließend ist es uns wichtig, die gesellschaftliche Relevanz der Pflege noch einmal zu betonen. Zukunfts- und generationengerecht lässt sich Pflege jedoch nur gestalten, wenn sie der Würde der Menschen, der Frauen und Männer, die der Hilfe bedürfen, gerecht wird und wenn die dazu nötige Arbeit und das dazu nötige Geld gerecht verteilt werden.

In diesem Sinn wünschen wir der Enquetekommission einen erfolgreichen weiteren Verlauf. Wir stehen mit unserer Fachkompetenz gern weiter zur Verfügung.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herzlichen Dank, Frau Boos und Ihren Vorrednerinnen und Vorrednern, auch für die große Zeitdisziplin. – Ich habe jetzt vier Wortmeldungen für die erste Runde vorliegen: von Herrn Kunzmann, Frau Mielich, Herrn Hinderer und Herrn Haußmann. Herr Wipp noch. Ich bitte Sie, dass Sie Ihre Fragen an die Referentin oder den Referenten oder an alle Referenten stellen. – Herr Kunzmann.

Abg. Thaddäus Kunzmann CDU: Vielen Dank. – Erste Frage: Wir hatten vor drei Wochen die Anhörung zur Pflegekammer; damals hat kein Vertreter von ver.di sprechen können. Frau Breymaier, vielleicht könnten Sie uns noch Ihre Position zur Pflegekammer mitteilen.

Die zweite Frage richtet sich an Herrn Kraft vom bpa. Mich würde interessieren, wie sich das Ganze hinsichtlich der Bewohnerstruktur in der Pflegestufe I, die zukünftig den Pflegegrad 2 bzw. 3 haben, entwickelt. Zukünftig wird ja unterschieden in „mit Demenz“ und „ohne Demenz“. Wie verändert sich da die Bewohnerstruktur? Nimmt das eher ab, oder bleibt es gleich? Durch das neue Pflegestärkungsgesetz gibt es schon einen Schwerpunkt auf der häuslichen Pflege. Daher sehe ich es als wichtig an, hier die Entwicklung zu kennen.

Vielen Dank.

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Ich empfand diese Statements als sehr inspirierend und möchte bei Frau Glockenstein und bei Frau Breymaier nachfragen. Wenn es darum geht, die Wertschätzung der Pflege zu erhöhen, dann sind wir uns alle einig – das ist auch in den Anhörungen hier in der Enquetekommission immer wieder deutlich geworden –: Der Personalschlüssel muss verändert werden. Dazu möchte ich gern wissen, welche Instrumente Sie für sinnvoll halten, um einen neuen Personalschlüssel zu bemessen angesichts der Tatsache, dass wir völlig veränderte Bedingungen haben, gerade in der Akutversorgung, also wenn es um die Krankenhäuser geht.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank. – Herr Hinderer.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Frau Glockenstein, Sie haben von der Akademisierung und der Notwendigkeit gesprochen, mehr akademische Pflegeberufe auf den Weg zu bringen. Haben Sie eine Vorstellung davon, welcher Anteil an akademischen Pflegeberufen in der Praxis gebraucht wird, vielleicht noch differenziert nach Pflege am Bett und Pflegewissenschaft?

Herr Kraft, Sie haben – wahrscheinlich der Zeit geschuldet – ausschließlich über die Landesheimbauverordnung der alten Landesregierung, etwas rückwärtsgerichtet, gesprochen. Erste Frage – die ist ein bisschen provokativ –: Würden Sie – auch bezogen auf Ihre Präsentationen – zur Kenntnis nehmen, dass es kein Doppelzimmerverbot gibt, sondern ein Einzelzimmergebot, und dass jede und jeder, die bzw. der in einem Doppelzimmer wohnen möchte, dies auch in Zukunft tun kann?

Zweite Frage – ich bleibe bei dem Thema „Räume und Bauen“ –: Das WTPG sieht neue Wohnformen vor, Pflegewohngemeinschaften und anderes. Welche Perspektiven sehen Sie auch für die Einrichtungen in Ihrem Verband, hier etwas zu entwickeln?

Frau Breymaier, der Pflegetarifvertrag wurde benannt. Welche Voraussetzungen sind erforderlich, um zu einem Pflegetarifvertrag zu kommen? Vielleicht „Annäherung ver.di und kirchliche Dienstgeber“ als Stichwort.

Herr Hahl, Sie sagten, die Bezahlung im Akutbereich sei besser als in der Altenpflege. Teilen Sie mit mir die Hoffnung, dass durch die Generalistik vielleicht doch der Effekt erzielt werden könnte, dass im Bereich der Altenpflege eine Annäherung nach oben stattfindet, weil eine Absenkung im Bereich der Akutpflege schlichtweg politisch überhaupt nicht möglich ist?

Die letzte Frage an Frau Boos, Stichwort „Ausländische Pflegekräfte in illegalen und teillegalen Situationen“: Wie kann da geholfen werden? Haben Sie konkrete Vorschläge?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herr Haußmann.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Erste Frage an Frau Glockenstein zum Aspekt IT-Umfeld, E-Health: Frau Glockenstein, Sie haben geschrieben, für die Schaffung eines erfolgreichen IT-Umfelds bedürfe es der politischen Kompetenz für die nötige politische Unterstützung. Wenn Sie das vielleicht noch ein bisschen erläutern könnten. Da würde mich interessieren, wie Sie sich das vorstellen. Wir denken, dass das ein ganz wichtiges Zukunftsthema ist, und zwar als Unterstützung, nicht als Ersatz. Ich glaube, auch das ist wichtig. Welche Vorstellungen haben Sie da?

Herr Kraft, Sie haben ausgeführt, dass wir dann, wenn es zu einer „strammen“ Anwendung der Richtlinie kommt, Gefahr laufen, dass möglicherweise bis 2019 bis zu 18 000 Pflegeplätze fehlen könnten. Die Frage ist: Wie beurteilen Sie die ermessenslenkenden Richtlinien, gerade im Hinblick auf eine klare Handlungsanweisung? Kann man das Ganze damit sehr klar erkennen, insbesondere hinsichtlich der Bewertung der baulichen Investitionen?

Herr Schneider von der Heimstiftung hatte einmal vorgegeben, dass wir im Grunde genommen 50 neue Pflegeheime pro Jahr bräuchten, um die wegfallenden Plätze auch nur annähernd ersetzen zu können. Aber er sieht diese Entwicklung im Moment nicht. Deswegen auch noch die Frage: Haben wir durch die ermessenslenkenden Richtlinien den notwendigen Spielraum, oder schafft dies eher neue Probleme und neue Fragen?

Das WTPG – das würde ich gern noch anschließen – hat relativ hohe Hürden in der Umsetzung. Sehen Sie mehr Möglichkeiten, dass dies, wenn die gesetzten – hohen – Hürden etwas niedriger wären, dann tatsächlich auch in Baden-Württemberg stärker zur Umsetzung kommt?

Dann eine Frage an Frau Breymaier und an Frau Boos: Der Sozialausschuss hat gestern das Thema der häuslichen 24-Stunden-Betreuung in einem gemeinsamen Beschluss an die Enquetekommission überwiesen, damit sie sich damit befasst. Der Sozialausschuss war auch auf meine Initiative hin bezüglich dieses Themas in Wien und hat sich das dort angeschaut. Unser Besuch hat gezeigt: Es ist nur möglich, dies tatsächlich ein Stück weit umzusetzen, wenn wir beispielsweise beim Arbeitszeitgesetz, beim Gewerbeamt Änderungen vornehmen, das heißt, wenn wir die bestehenden Strukturen ein Stück weit anpassen. Auf der Grundlage der bestehenden Struktur sind die Aufwendungen so hoch, dass es eben in der Grauzone bleibt.

Deswegen die Frage: Besteht die Bereitschaft, in diese Richtung mitzugehen? In Österreich wurde das Arbeitszeitgesetz geändert. Wenn man von vornherein sagt: „Da wird nichts geändert. Das Arbeitszeitgesetz und alle Dinge bleiben“, dann brauchen wir da nicht weiterzusprechen. Deswegen auch die Frage: Sind ver.di und der Landesfrauenrat bereit, in solche Diskussionen einzutreten? Denn das hat der Besuch im Ministerium und auch bei der Volkshilfe in Wien konkret gezeigt.

Danke schön.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Haußmann – Herr Wipp, und dann hat sich noch Herr Lucha gemeldet. Dann sollten wir uns die Antworten anhören.

Michael Wipp, externes Mitglied: Herr Hahl, ich habe zwei Fragen an Sie. Erstens: Sie haben über die Ausbildung in der Altenpflege gesprochen. Welche Möglichkeit sehen Sie, dass die Praxisanleitung im Alltag wirklich gelingen kann? Wie kann man das organisieren? Wir erleben das nämlich so: Wir haben freigestellte Praxisanleiter. Wenn die Heimaufsichtsbehörden kommen, dann werden uns diese freigestellten Praxisanleiter sowohl bei der Fachkraftquote als auch bei der Besetzung der Dienste abgezogen. Das ist das Ergebnis, das wir dann bezogen auf die Anleitung der Schüler in der Realität erleben. Was kann man machen, damit sich das wirklich ändert und eine qualifizierte Ausbildung gewährleistet ist?

Die zweite Frage: Wie beurteilen Sie den Bestand an den wirklich qualifizierten Altenpflegeschulen in Baden-Württemberg, wenn die veränderten Ausbildungsplanungen in Kraft treten?

Danke.

Abg. Manfred Lucha GRÜNE: Ich habe nur eine kurze Frage an Herrn Kraft. Herr Kraft, was verleiht uns die Sicherheit, nachdem die ersten zehn Jahre Übergangsfrist nicht ausreichend waren, dass die nächsten sieben Jahre Übergangsfrist, die Sie reklamieren, zu einem Ergebnis führen? Sie haben das offensichtlich – damals waren auch die Verbände mit der über alle Fraktionen hinweg getroffenen Entscheidung einverstanden, die Landesheimbauverordnung zu ändern und das Einzelzimmergebot einzuführen – seinerzeit nicht ernst genommen. Ich glaube, dass es jetzt keinen Grund mehr gibt, da weitere Übergangsfristen anzubieten.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Viele Fragen harren der Antworten. An alle Referentinnen und Referenten sind Fragen gestellt worden. Vielleicht als Erste Frau Glockenstein.

Sv. Frau Glockenstein: Sehr gern. – Die erste Frage, die an mich ging, war von Frau Mielich zum Thema Wertschätzung, Personalschlüssel bzw. Personalbemessungsinstrumente, insbesondere im Krankenhaus.

Vor der Einführung der DRGs gab es eine Pflegepersonalregelung, die schon 1996 ausgesetzt wurde. Ich denke, die Vergangenheit ist jetzt nicht mehr aufzuarbeiten. Letztlich wurden in der Pflege bundesweit etwa 50 000 Stellen aufgrund kürzerer Verweildauern usw. abgebaut. Wir stehen heute ohne ein richtiges Personalbemessungsinstrument vor dem Ganzen.

In den Kalkulationen der Betriebskosten, also in den DRGs, sind die Pflegekosten sicherlich enthalten. Die basieren allerdings auf den gegebenen Zuständen, den Istzuständen. Das heißt, die 50 000 Pflegestellen sind da ja schon weg. Wenn man also Vergleiche anstellt und sagt: „Wir haben keine Stellen abgebaut“, oder: „Wir haben in Baden-Württemberg ausreichend Personal“, dann ist das immer dem geschuldet, dass bereits Stellen abgebaut wurden.

Nun dazu, was in der Zukunft möglich wäre: Frau Pia Wieteck hat hier in einer Sitzung der Enquetekommission zu NRGs, Nursing Related Groups, gesprochen; das wäre eine Möglichkeit. Ich möchte an dieser Stelle nicht behaupten, dass das wirklich das richtige Instrument ist, weil dies ja erst noch ausgearbeitet bzw. evaluiert werden muss. Aber es hat Charme, weil es im bestehenden System der DRGs ist, und es kann folgerichtig in das Finanzierungssystem eingebaut werden. Darum meinen wir seitens der Verbände, dass das ein richtiges Instrument sein kann.

Herr Hinderer hat nach dem Anteil der akademischen Pflegeberufe gefragt, also wie viel Prozent. Dazu gab es bereits Gutachten und auch Anhörungen hier im Landtag. Ein Anteil von 20 % in Deutschland wäre aus unserer Sicht derzeit der richtige. Im europäischen Ausland sind die Ausbildungen anders. Dort gibt es zu 100 % Studiengänge und keine berufliche Ausbildung mehr. Wenn ich mir jetzt die Realität in den Krankenhäusern anschau, dann muss ich sagen, dass es noch einige Jahre dauern wird, bis wir 10 % erreichen. Aber 20 % wäre die richtige Zahl.

Herr Haußmann hat die Frage nach der IT gestellt, die mich besonders freut. Die IT rutscht immer ein wenig nach hinten, ist aber in der heutigen Zeit doch sehr wichtig. Mit der notwendigen „politischen Kompetenz“ hatte ich Folgendes gemeint: In Baden-Württemberg ist der Landespflegerat von Herrn Dr. Fessel aus dem Ministerium angefragt worden, weil für Oktober eine Veranstaltung zu Telemedizin und Telepflege geplant wird. Hierfür haben wir Herrn Professor König aus Furtwangen gewinnen können, einen ausgewiesenen Kenner im Bereich der IT und der Pflege, der aus der Pflege kommt. Hier ist es uns wichtig, auch die notwendige politische Unterstützung zu haben. Ich denke, sie ist schon gegeben, und wir sind auf dem Weg. Aber es geht langsam.

Es gibt so viele Themen in der Pflege, die durch IT verbessert werden könnten, ob das im Krankenhaus die Dokumentation oder die Pflegeüberleitung betrifft, die wir mit IT sehr viel korrekter und schneller machen könnten. Es wäre uns sehr wichtig, dass wir da gemeinsam mit der Politik vorangehen. Ich denke, dass die Anfänge schon gemacht sind.

Vorsitzender Helmut Walter Rück: Vielen Dank. – Herr Kraft.

Sv. Herr Kraft: Ich fange von hinten mit der Beantwortung an. – Herr Lucha, Sie haben gefragt, wenn zehn Jahre Übergangsfrist nicht ausreichend sind, warum wir dann noch weitere sieben Jahre brauchen – ich hatte von fünfeneinhalb Jahren gesprochen –, weshalb man das weiter verlängern sollte. Der Grund ist einfach der, dass aufgrund dessen, dass viele Regelungen in der Landesheimbauverordnung durchaus bewusst sehr unbestimmt formuliert sind – – Ich glaube, es gibt zwölf oder 14 Soll- und Kannregelungen, viele unbestimmte Rechtsbegriffe, die schwierig zu definieren sind, vor allem der Begriff „Wirtschaftliche Unzumutbarkeit“. Das war der Grund, weshalb die Heimaufsichten zur Umsetzung der Landesheimbauverordnung bisher nicht beraten konnten. Es gab ganz viele Anträge von Einrichtungen auf Beratung. Die Heimaufsichten haben die Pflicht, zu beraten.

Auch gab es konkrete Anträge auf Befreiungen, auf Ausnahmeregelungen und zur Verlängerung der Übergangsfristen. Über diese Anforderungen wurde bisher bewusst nicht entschieden, und zwar immer mit dem Hinweis, dass die ermessenslenkenden Richtlinien bald kommen würden. Das hat sich jetzt etwas verzögert; das hat verschiedene Gründe. Sie sind jetzt in Kraft. Deshalb sind diese fünfeneinhalb Jahre aus der Sicht der Einrichtungen verlorene Jahre.

Herr Haußmann, Sie haben nach den ermessenslenkenden Richtlinien gefragt. Da bin ich etwas zwiespalten. Einerseits gibt es schon einige Dinge, die wir begrüßen. Es gibt bestimmte Indikatoren, was die wirtschaftliche Unzumutbarkeit betrifft; das begrüßen wir durchaus. Andererseits sind die Richtlinien natürlich schon sehr kompliziert formuliert. Man muss sie wirklich sehr, sehr häufig durchlesen, damit man sie halbwegs versteht. Von daher weiß ich nicht, ob die Richtlinien in jedem Fall eine konkrete Hilfe für die Heimaufsichten und für die Einrichtungen sind. Man muss auch sagen: Es sind nur Richtlinien für die Verwaltung. Eine endgültige Rechtssicherheit wird für die Einrichtungen auch durch Richtlinien nicht geschaffen.

Herr Haußmann, Sie hatten Herrn Schneider von der Evangelischen Heimstiftung zitiert, der gesagt hat, man müsste jedes Jahr wegen des künftigen Bedarfs 50 Pflegeheime neu errichten. Das deckt sich im Prinzip mit dem, was ich vorhin ausgeführt habe. Wenn ich es richtig weiß, hat Herr Schneider damals von einem „Tsunami“ gesprochen. Diesen Begriff finde ich etwas verfehlt, wenn man bedenkt, was damals dort passiert ist. Aber im Prinzip ist es wirklich ein großes Problem, das ab dem Jahr 2019 bezüglich der Versorgung der Bevölkerung mit ausreichenden Pflegeheimplätzen besteht.

Herr Hinderer, danke für den Hinweis. Es ist ein Einzelzimmergebot, kein Doppelzimmerverbot; dies läuft aber letztlich auf dasselbe hinaus.

Sie haben nach Perspektiven für die Einrichtungen wegen des WTPG gefragt. Ich denke, das betrifft nicht nur unsere Einrichtungen, sondern alle Träger. Ich vermute, Sie spielen auf die ambulant betreuten Wohngemeinschaften an. Wenn Sie sich an die Anhörung zum WTPG erinnern: Damals haben gerade wir massiv kritisiert, dass man einerseits die ambulant betreuten Wohngemeinschaften fördert, was wir dem Grunde nach für richtig halten, aber andererseits im WTPG dann regelt, dass stationäre Träger z. B. in ihrer Einrichtung keine ambulant betreute Wohngemeinschaft einrichten können. Das ist in keiner Weise nachvollziehbar. Ich kann – das ist auch gewünscht – in meiner stationären Einrichtung eine Tagespflege machen; ich kann normales betreutes Wohnen machen. Aber ambulant betreutes Wohnen, das das Land zu Recht fördert, darf ich in einer stationären Einrichtung nicht machen. Daher sind die Perspektiven vieler stationärer Träger an dieser Stelle sehr bescheiden.

Herr Kunzmann, Sie haben mir die schwerste Frage gestellt, muss ich Ihnen ganz ehrlich sagen, nämlich nach den Auswirkungen des Pflegestärkungsgesetzes II. Ich bin noch in den Niederungen hier im Land. Natürlich wird sich das PSG II weiter auf die stationären Einrichtungen auswirken. Selbstverständlich gilt auch hier wieder: Der Grundsatz „Ambulant vor stationär“ soll vorangetrieben werden.

Die Bevölkerungsstruktur wird sich in den stationären Einrichtungen weiter verändern; das ist klar. Wie gesagt: Aufgrund der demografischen Entwicklung wird der Bedarf an Pflegeheimplätzen weiter steigen, egal, wie man den ambulanten Bereich – zu Recht – fördert. Das wird vielleicht den Anteil der ambulant Versorgten prozentual etwas erhöhen. Der Anteil wird statt bisher bei 70 % – ich habe dies vorhin ausgeführt – künftig

vielleicht bei 75 % liegen; ich weiß es nicht. Aber absolut wird die Zahl der Menschen, die eine stationäre Versorgung brauchen, weiter deutlich steigen.

Ich hoffe, ich habe alle Fragen halbwegs beantwortet.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Kraft. – Frau Breymaier.

Sv. Frau Breymaier: Vielen Dank. – Ich beginne mit den Instrumenten für einen ordentlichen Personalschlüssel. Frau Mielich, wir hatten ja vor drei Wochen eine Aktion. Deutschlandweit waren 162 000 Menschen auf der Straße und haben jeweils eine Zahl hochgehalten, um deutlich zu machen, dass so viele Beschäftigte schon jetzt in der Pflege fehlen – mit dem Ergebnis, dass – das wurde hier in der Enquetekommission sicherlich schon besprochen – ausgebildete Menschen aus dem Beruf herausgehen, dass Vollzeitkräfte in die Teilzeit gehen und dass diejenigen, die drin bleiben, vor die Hunde gehen. Das ist das Ergebnis. Deshalb fordern wir eine gesetzliche Personalbemessung. Das wäre unser Instrument dafür.

Wir haben in unseren schriftlichen Ausführungen noch einmal deutlich gemacht, welche Forderungen wir für die Personalverordnung in dem Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege haben. Da das drinsteht, brauche ich es jetzt nicht vorzulesen.

Dann wurde die Frage nach der Pflegekammer gestellt. Meine Kollegin Irene Gölz, unsere Landesfachbereichsleiterin, hatte mir berichtet, dass sie hier im Landtag war. Sie hat mir von den Reaktionen über die ver.di-Position berichtet. Ich stelle sie aber gern noch einmal kurz dar:

Was sind Kammern? Kammern sind Institutionen für Selbstständige und Freiberufler. Die Beschäftigten in der Pflege sind in aller Regel keine Freiberufler und Selbstständige, sondern zu 95 % sind es abhängig Beschäftigte. Insofern ist eine Zwangsmemberschaft in einer Kammer für ver.di ein bisschen was Drolliges; denn wir können nicht erkennen, was sich dadurch ändert. Was ändert sich dann, wenn ich Zwangsmember einer Kammer bin?

Natürlich sehen wir, dass dort, wo über das Gesundheitswesen gesprochen wird, die ärztliche und die kaufmännische Seite sehr überbelichtet sind und die pflegerische Seite – sonst säßen wir vermutlich jetzt nicht hier – sehr unterbelichtet ist. Unser aller Anliegen ist, die Pflege in den Mittelpunkt des Geschehens zu rücken. Aber ob eine Kammer langfristig etwas daran ändern kann, das sehen wir nicht.

Natürlich haben die Beschäftigten Interessen, und natürlich kann man die Beschäftigten mit einbeziehen. Ver.di ist die Kammer der Beschäftigten. Wir haben auch einen Auftrag. Bei uns ist man nicht Zwangsmember; bei uns ist man freiwillig Mitglied. Insofern lehnen wir die Pflegekammern ab. Das ist unsere Position dazu.

Das Nächste ist die 24-Stunden-Betreuung. Herr Haußmann, ich habe jetzt keine Lust, über dieses Stöckchen zu springen. Wir alle sind gerade sehr nervös, weil wir das Arbeitszeitgesetz wegen des Mindestlohns ändern sollen. Wenn Sie also sagen: „Frau Breymaier, können wir das Arbeitszeitgesetz ändern?“, dann bekommen Sie von mir natürlich ein Nein.

Ich bin jetzt aber auch nicht so neben der Spur, dass ich nicht sehe, was im privaten Bereich los ist. Man ist ja nicht den ganzen Tag ver.di-Landesbezirksleiterin, sondern man kennt ja auch irgendwelche Leute in dem Flecken, in dem man wohnt, und dann hört man, sie haben jetzt plötzlich auch eine Polin im Keller sitzen, und zwar 24 Stunden am Tag und sieben Tage in der Woche. Holt man eine zweite Polin dazu, kommen wir noch immer nicht in das Arbeitszeitgesetz. Die dritte kann man sich dann schon nicht mehr leisten.

Herr Haußmann, ich bin immer bereit, mit Ihnen über diese Situation zu sprechen. Aber ich glaube nicht, dass wir sie mit einer Änderung des Arbeitszeitgesetzes verändern können. Aber wir können über alle Notwendigkeiten reden.

Jetzt zu unseren Freunden bei den Kirchen: Sie haben mitbekommen, wir sind ein bisschen stolz darauf, dass es uns in Heidelberg gelungen ist, im kirchlichen Bereich einen Kollektivvertrag zu verabschieden. Aber ich sage einmal: Mühsam ernährt sich das Eichhörnchen. Die Kirchen akzeptieren die Gewerkschaften als Tarifvertragspartner nicht. Das Bundesarbeitsgericht hat gesagt: „Die beiden Artikel im Grundgesetz, nämlich die Koalitionsfreiheit der Gewerkschaften und die Sonderrechte der Kirchen, stehen gleichberechtigt nebeneinander. Jetzt macht etwas daraus!“ In dieser Situation sind wir gerade. Wir beide haben gleich recht.

Wir führen – die Frage war, was da gerade der Stand ist – vorsichtigste Gespräche. Man hat nie eine Pressemeldung dazu. Man nähert sich an, schaut und stellt fest, sie beißen ja gar nicht. Aber ich sehe nicht, dass wir, wenn wir nicht eine ordentliche Grundlage dafür bekommen, über eine mittelfristige Strecke mit den Kirchen zu einem guten Ergebnis kommen.

Ich würde mir sehr wünschen, dass die Kirchen sagen: „Okay, wir haben einen Gutteil der Beschäftigten bei uns in der Diakonie, bei der Caritas. Wir machen mit ver.di einen Pflegetarifvertrag.“ Dann können wir zu Ihnen, dem Gesetzgeber, kommen und sagen: „Wir haben einen Tarifvertrag, der einen Gutteil der Beschäftigten umfasst. Wir meinen, der sollte jetzt auch noch für den Rest gelten, nämlich für die privaten Anbieter.“ Dann hätten wir einen allgemein verbindlichen Tarifvertrag. Alle hätten sich an ihn zu halten. Das wäre wunderbar. Aber ohne die Kirchen bekommt man das nicht hin. Das werfe ich jetzt einmal den Kirchen vor: mehr Ideologie als alles andere. Wir müssen schauen, dass wir das hinbekommen. Wie gesagt: Man tastet sich heran und redet miteinander. Ich sehe aber nicht, dass wir über eine Strecke, die wir alle noch aktiv erleben, zu einem Ende kommen.

So, das war jetzt zur Kirche. Dann haben wir den Personalschlüssel angesprochen, die Pflegekammer und die 24-Stunden-Betreuung.

Danke.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rück: Vielen Dank, Frau Breymaier. – Herr Hahl.

Sv. Herr Hahl: Herr Hinderer, ich meine, das ist eine famose Idee: gleiche Bezahlung im Altenheim wie im Akutbereich. Das finde ich fantastisch. Ich glaube aber, leider geben das die Versicherungssysteme nicht so richtig her, oder es muss eine politische Entscheidung her, die das regelt. Für die Sache selbst wäre das natürlich von Vorteil. Das würde die Leute nämlich nicht dazu bewegen – es sind in der Regel auch junge Leute, die dann einsteigen –, dahin zu gehen, wo sie mehr Geld bekommen. Vielleicht könnte man so auch dafür sorgen, dass die Versorgung der alten Menschen nicht aufgrund der Bezahlung unattraktiv wird. Ich würde der Enquetekommission wirklich empfehlen, diese Idee weiterzuverfolgen. Sie scheint mir zielführend zu sein in Bezug auf das, was wir brauchen, nämlich Menschen, die alte Leute versorgen.

Herr Wipp, zu Ihrer Frage: In Sachen Praxisanleitung ist das Pflegeberufegesetz so weit vorgeprescht, dass die Praxisanleitung für die Altenpflege endlich bezahlt wird. Das ist bisher nicht die Regel gewesen. Das würde für mich bedeuten, dass man die Menschen, die man als Praxisanleiter höher ausbilden muss, natürlich auch freistellen muss.

Es gibt aber ein anderes Problem. Sie wissen, das Pflegeberufegesetz sieht eine Rotation in verschiedenen Ausbildungsbereichen vor. Niemand garantiert Ihnen als Betreiber eines Altenpflegeheims, dass Sie für den Schüler, den Sie angestellt haben, einen Schüler zurückbekommen, wenn der im Außeneinsatz ist.

Dann ist die Frage: Was passiert mit den Praxisanleitern, die Sie eingestellt haben? Denn Sie bekommen dann auch von den anderen keinen Zuschuss. Das heißt, Sie müssten die Leute quasi zwangsverpflichten, in den normalen Pflegedienst zurückzukehren. Das ist absolut unattraktiv. Da werden die Praxisanleiter Sie bald verlassen. Ich glaube, das kann man prognostizieren.

Wie gesagt, da ist jetzt zum Teil eine gute Sache im Pflegeberufegesetz passiert. Aber die Problematik kommt aus einer anderen Richtung.

Zu dem Bestand der Altenpflegesschulen: Ich habe jetzt für mich einmal überlegt und meine, das trifft hauptsächlich die Schulen, die keine Anbindung an einen Träger haben, der ein Krankenhaus betreibt. Es gibt ganz viele Schulen in kirchlicher Trägerschaft. Die werden das im Ballungsbereich wahrscheinlich stemmen können, im ländli-

chen Bereich nicht. Ich glaube, dass es wahrscheinlich 20 bis 25 % der Schulen treffen wird. Wenn wir von Ausbildungsplätzen sprechen, dann kann man sagen, dass 1 000 bis 1 500 Ausbildungsplätze verloren gehen werden. Ein Teil wird vielleicht fusioniert werden; denn Schulen werden wahrscheinlich zusammengelegt.

Ich möchte noch auf eine andere Stelle im Pflegeberufegesetz hinweisen: Es gibt extra einen Paragraphen, der regelt, dass es eine Finanzierung gibt, wenn man Schulen schließt oder zusammenlegt. Es scheint mir wirklich intendiert zu sein, dass man die Schulen ein bisschen bereinigen und große Zentralschulen schaffen will, die wohl nicht im Sinne eines Flächenlands wie Baden-Württemberg sein können.

Ich hoffe, ich habe die Antworten gegeben. Danke.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Hahl. – Frau Boos.

Sv. Frau Boos: Vielen Dank, Herr Hinderer, für die Nachfrage, wie wir den zumeist weiblichen Haushaltshilfen helfen können. Dem Landesfrauenrat ist es wichtig – das begreifen wir als unseren Job –, eine Sensibilisierung für dieses Thema herzustellen und Aufklärung zu betreiben. Denn es fällt auf, dass diese Frauen aus dem politischen Sichtfeld verschwunden sind, gerade auch nach der Umsetzung der Konvention, die leider nicht das Ergebnis gebracht hat, das wir uns gewünscht hätten.

Wir sprechen hier von ungeregelten Arbeitszeiten, von Niedriglöhnen bis zur Arbeitsausbeutung. Es war eine bewusste politische Entscheidung, die Hausangestellten, die im Haushalt des Arbeitgebers arbeiten, von der Umsetzung auszunehmen. Sie als politische Akteurinnen und Akteure könnten überlegen, ob man da nicht eine Bundesratsinitiative starten möchte.

Gleichzeitig ging es uns darum, bei den Mindeststandards für die Vermittlungsagenturen einheitliche Standards zu schaffen, die eine verlässliche Vermittlung gewährleisten und damit die Rechte und Pflichten in dem Arbeitsverhältnis von vornherein klar sind und die Vermittlungsagenturen nicht Ausbeutungsverhältnisse vermitteln.

Herr Haußmann, zu Ihrer Frage nach der 24-Stunden-Betreuung: Sie sagten, wir bräuchten da nicht weiter zu diskutieren, wenn der Landesfrauenrat oder ver.di da nicht mitmachten. Das glaube ich nicht. Ich möchte mich da den Ausführungen von Frau Breymaier anschließen. Ich glaube, es ist eine Herausforderung, das in den gesetzlichen Rahmenbedingungen hinzubekommen, die gegeben sind. Aber dafür sind Sie ja da, und dafür wünsche ich Ihnen viel Erfolg.

(Heiterkeit)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Frau Boos. – Herzlichen Dank, Frau Glockenstein, Herr Kraft, Frau Breymaier, Herr Hahl und Frau Boos, für Ihre Referate und dafür, dass Sie Rede und Antwort gestanden sind.

Herr Kunzmann hat sich noch zu Wort gemeldet. Allerdings ist die Fragerunde schon vorbei. Aber wenn er unbedingt noch will. Wir sind noch etwas zu früh in der Zeit.

(Heiterkeit)

Abg. Thaddäus Kunzmann CDU: Nach meinem Plan haben wir bis 10:12 Uhr Zeit.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Nein, wir sind jetzt schon 39 Sekunden über die Zeit der Frage- und Antwortrunde hinaus. Wenn wir weitermachen, dann wird es noch mehr.

Abg. Thaddäus Kunzmann CDU: Ich mache es kurz. – Ich möchte Herrn Kraft noch fragen, ob er schon eine erste Einschätzung zu der neuen Landesheimpersonalverordnung abgeben kann.

Sv. Herr Kraft: Das ist wirklich nur eine allererste Einschätzung. Aus unserer Sicht gehen einige Dinge durchaus in die richtige Richtung. Aber man muss den Entwurf schon genau lesen, dass man doch wieder auf einige problematische Regelungen stößt. Aber wie gesagt: Es gibt schon Dinge, die durchaus in die richtige Richtung gehen

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Gut, Frage beantwortet. – Nochmals ein Dank an die Referenten. Der Block 1 ist somit beendet. Wir wollen eine kurze Pause bis 10:20 Uhr einlegen. Ich darf Sie auffordern, sich mit Getränken zu versorgen. Eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr ist nicht nur im Alter wichtig.

(Heiterkeit – Unterbrechung der Sitzung von 10:09 bis 10:20 Uhr)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Wir wollen mit dem Block 2 der heutigen Anhörung beginnen. Als erste Referentin darf ich Frau Barbara Riethmüller begrüßen. Sie ist geschäftsführendes Vorstandsmitglied von „wir pflegen – Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland“.

Sv. Frau Riethmüller: Vielen Dank. – Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete und Gäste! Wir haben uns über die Einladung gefreut. Wir haben Ihnen das Ganze schon schriftlich beantwortet anhand unserer elf Leitlinien, die unsere Vereinsarbeit leiten. Ich möchte vier Stichpunkte herausgreifen, und zwar erstens Anerkennung, zweitens Information, Beratung, Unterstützung und Begleitung, drittens Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und viertens Armut durch Pflege.

In der „Stuttgarter Zeitung“ vom 22. Juli 2015 gab es einen Artikel mit dem Titel: „Mit den Familien will es sich niemand verderben“. Eine solche Überschrift würde ich gern auch einmal lesen, nicht wenn es um Kindererziehung und das Betreuungsgeld geht, sondern um Pflege.

Pflege beinhaltet häusliche Pflege durch Angehörige. Es geht um Sich-Kümmern, Betreuen, Zeit schenken, Zeit lassen. Pflege ist unbezahlbar. Sie regelt kein Markt.

Erstens: Anerkennung. Es wird immer vom größten Pflegedienst der Nation gesprochen, seit Neuestem davon, dass die Familie die tragende Säule unseres Pflegesystems ist. Ich denke, Sie alle haben schon zur Genüge gehört, dass diese Säule bröckelt. Der größte Pflegedienst der Nation schrumpft. An was das liegt, wurde Ihnen auch schon gesagt: an den in alle Winde verstreuten Familien, die nicht mehr am selben Ort leben. Der noch größte Pflegedienst der Nation wird folglich knapper. Hätten wir es tatsächlich mit so etwas wie einem Markt zu tun, dann würde dies wesentlich teurer werden. Ich denke, da sind die Marktgesetze dann ausgehebelt. Auf jeden Fall muss man die Pflege durch die Familie hegen und pflegen und als gesellschaftliche Leistung anerkennen, nicht als moralische Verpflichtung, wie noch letztes Jahr im Frühjahr das Bundesverfassungsgericht geurteilt hat.

Dazu gehören z. B. Pflegeinfrastrukturen vor Ort, Tagespflege und Ähnliches, Quartiersentwicklung. Ich weiß, dass Sie auch dazu schon sehr viel gehört haben. Unter dem Punkt „Anerkennung“ führe ich es trotzdem auf; denn aus alldem ergibt sich selbstverständlich – logisch –, dass pflegende Angehörige auf allen Ebenen, regional, vor Ort, auf Landes- und Bundesebene Mitspracherechte und Mitentscheidungsrechte auf Augenhöhe mit den anderen Pflegepartnern brauchen.

Wir sind die Kunden, aber wir sind nicht König Kunde. Thomas Klie hat gesagt, wir sind die Dienstboten der Nation. Ich füge hinzu: die miserabel bezahlten, noch schlimmer als die aus Osteuropa, auch wenn wir nicht im Keller hausen.

Zweitens: Info, Beratung, Unterstützung und Begleitung – zugehend, wertschätzend, unabhängig und neutral. Baden-Württemberg hat da ganz aktuell zwei vorbildliche Schritte unternommen – dies möchte ich extra sagen –, nämlich erstens, dass Frau Altpeter mehr Pflegestützpunkte braucht. Das muss man den Kassen überlassen. Aber vielleicht kann man ja die alten IAV-Stellen wiederbeleben. Da sollte eine auf 20 000 Einwohner kommen. Das nenne ich wohnortnah.

Zweitens hat man die aktivierenden Hausbesuche gemacht. Ich denke, etwas Ähnliches braucht es auch für die pflegenden Angehörigen. Das heißt, wenn jemand Pflegegeld bezieht oder auch das Betreuungsgeld für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, also mit einer Demenz, dann muss aktiv auf die entsprechenden Haushalte zugegangen werden.

Ich fände es auch gut, wenn das Stichwort „Pflegebedürftige Angehörige“ auf den Homepages aller Landesministerien erscheinen würde. Rheinland-Pfalz und auch Nordrhein-Westfalen haben das. Berlin hat eine Fachstelle für pflegende Angehörige beim Senat. In Baden-Württemberg hingegen taucht dies als Stichwort vorn im Menü nicht auf. Was man nicht benennt, das zählt eben auch nicht.

Info, Beratung und Unterstützung braucht es; denn auch in den Pflegestärkungsgesetzen I und II gibt es natürlich das Kleingedruckte. Da wäre zunächst einmal die Rente zu nennen. Die Broschüre dazu heißt: „Ihre Leistung lohnt sich“. Unser Mitglied Gudrun Born, 84 Jahre alt, die 18 Jahre lang ihren Mann nach einem Gehirnschlag gepflegt hat, hat sich das ganz genau angeschaut und durchgerechnet. Aktuell erreicht man eine monatliche Rentenerhöhung zwischen 7,25 und 22,50 €, wenn man mindestens 14 Stunden pro Woche gepflegt hat. Das wäre eine leichte Pflege, wenn man nur 14 Stunden in der Woche pflegen müsste!

Die Verhinderungspflege wird von vier auf sechs Wochen verlängert und ist auch sonst ziemlich flexibel geworden. Aber die stundenweise Verhinderungspflege – ein ganz hervorragendes Instrument für pflegende Angehörige, die einmal einen Nachmittag weg müssen, also nur unter acht Stunden – wird in der Broschüre des Bundesgesundheitsministeriums und auch sonst nirgends beschrieben. Lob gilt da der Alzheimer Gesellschaft bzw. Günther Schwarz von der Alzheimer-Beratungsstelle. Er hat es nämlich drinstehen.

Das nächste Kleingedruckte bei der Verhinderungspflege ist, dass die Angehörigen bis zum zweiten Verwandtschaftsgrad nicht in den Genuss der 1 650 € kommen, sondern nur, wenn sie entfernter verwandt sind.

Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege kann man miteinander kombinieren; das ist eine feine Sache. Aber die Menschen möchten eigentlich nicht in ein Heim umziehen. Wenn sie das dann aber doch machen müssen, dann dürfen sie nur 50 % nicht genutzter Verhinderungspflege draufsatteln. Wenn sie im Heim sind, wenn sie dies tatsächlich beanspruchen, können sie 100 % der Verhinderungspflege draufsatteln, insgesamt acht Wochen. Wenn sie aber das beanspruchen, was bevorzugt wird, nämlich Verhinderungspflege in der eigenen Häuslichkeit, dann kann man nur 50 % der ungenutzten Kurzzeitpflege draufsatteln.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Liebe Frau Riethmüller, wenn Sie allmählich zum Schluss kommen.

Sv. Frau Riethmüller: Bin ich schon drüber? – Pflegende Angehörige sind nicht im Heim, um zu merken, ob dort alles mit rechten Dingen zugeht. Ich erinnere nur an die Klage des VdK in Karlsruhe: Verstoß gegen staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen.

Drittens: Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Vielleicht sind Sie alle Leser des „Handelsblatts“. Am letzten Wochenende erschien ein großer Artikel: „Du sollst Vater und Mutter pflegen“. Dort wurde auch unser Mitglied Silke Niewohner interviewt, die gesagt hat, dass die Pflege eines Angehörigen mit der Kindererziehung gleichgestellt werden muss.

Die Commerzbank berichtet, dass sie zunehmend Beratungen macht, weil die Mitarbeiter nicht mehr nach Kindergartenplätzen fragen, sondern nach Pflegeheimplätzen oder überhaupt nach Hilfe bei der Pflege. Sie steigen unter Umständen auch ganz aus dem Beruf aus oder reduzieren. Dadurch ist Altersarmut vorprogrammiert. Wenn sie dann ganz aufhören und insbesondere bei mittleren und niedrigen Einkommen alles weg ist, dann landen ausgerechnet pflegende Angehörige in Hartz IV. Das halte ich für einen Skandal und ist systemwidrig; denn eigentlich muss man dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Aber die Pflege ist ja keine Arbeit.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Frau Riethmüller, Sie müssen jetzt wirklich zum Schluss kommen.

Sv. Frau Riethmüller: Noch einen allerletzten Satz zur würdevollen Pflege: Kranke und Schwache zu schützen ist die Würde der Gesunden. Wenn man sich das zu Herzen nimmt, dann weiß man auch, was würdevolle Pflege ist.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Frau Riethmüller. – Als Vertreter des nächsten Verbands spricht der stellvertretende Landesvorsitzende Thomas Seyfarth vom Landesverband für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung.

Sv. Herr Seyfarth: Guten Morgen! Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine sehr geehrten Damen und Herren! Mein Name ist Thomas Seyfarth. Ich bin der stellvertretende Vorsitzende des Landesverbands für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung. Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit auf die Pflegesituation von Kindern, Jugendlichen und erwachsenen Menschen mit Behinderungen lenken; denn da sind ganz bestimmte Dinge immer wieder vergessen worden, die speziell für diese Situation wichtig sind.

Wir haben unsere Stellungnahme in Thesen gegliedert. Ich möchte sie kurz kommentieren.

Erstens: Pflege findet auch in der Eingliederungshilfe statt. Dann muss sie dort auch dokumentiert und verankert sein. Die Eingliederungshilfe ist, was Pflege angeht, immer erst im Nachhinein aufgegriffen worden. Für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind dort die entsprechenden Grundlagen nicht gelegt. Besonders wenn man die Voraussetzungen für Inklusion sieht, stellt man fest, dass hier eine enge Nahtstelle ist, die dringend bearbeitet werden muss.

Die besondere Pflegesituation – das ist die zweite These – bei Kindern und Jugendlichen ist auch in anderen Gesetzgebungsverfahren vergessen worden. Insbesondere bei der Pflegeversicherung, beim Landespflegezeitgesetz, beim Landesheimgesetz und auch jetzt bei der Personalverordnung ist wieder an große Einrichtungen der Altenhilfe gedacht worden, aber weniger an die kleinen Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die auch dringend spezielle Maßnahmen bräuchten.

Die Pflegebedürftigkeit muss bei Kindern und Jugendlichen auch in der Pädagogik und in der Förderung verankert werden; denn dies ist eine ganzheitliche Aufgabe. Das Ziel muss dort lauten, so viel Pflege wie möglich selbstständig zu erlernen und gezeigt zu bekommen, um weitestgehend frei von fremder Hilfe zu werden. Dort, wo dies nicht gelingt, muss aber so viel Selbstbewusstsein sein, um so viel Hilfe einzufordern, wie für die Pflege notwendig ist. Teilhabe erfordert auch, dass Pflege in den Einrichtungen möglich ist.

Die Pflegehilfsmittel sind eine spezielle Situation, die für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und deren Familien immer wieder zu einem Problem wird. Windeln, Rollstühle und Ähnliches zeitnah bedarfsgerecht beschaffen zu können ist ein Parcoursritt, den die Familien sehr gewohnt sind, weil die Krankenkassen mit aller Härte dagegen vorgehen und selbst bei Reparaturen die benötigten Leistungen verweigern. Hier ist meiner Ansicht nach die Politik gefordert, den Kassen genauere Vorgaben zu machen, wie häufig man welches Hilfsmittel bekommen kann und wie der Weg zu einer ordentlichen Versorgung aussieht, nicht wie Windeln aussehen, die schon nach einer halben Stunde durchnässt sind.

Die Pflegeorte sind ein wichtiger Punkt in dem Werdegang von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Die Pflegeorte sind sehr unterschiedlich: vom Kindergarten über die Kindertageseinrichtungen, die Schulen, die Internate, die Ausbildung, später auch Arbeit und Wohnen. Diese Pflegeorte müssen auch auf Pflege eingerichtet sein. Es muss verankert sein, dass dort entsprechende Pflegeräume vorgehalten werden. Sonst kann man als pflegeabhängige Person dort nicht selbstständig tätig werden.

Familienunterstützung und -entlastung: Auch die Vorrednerin hat gerade schon betont, wie wichtig es für Familien ist, Kurzzeitunterbringungsmöglichkeiten und kurzzeitige Unterstützung zu bekommen, wenn der Bedarf dies erfordert.

Anders als in der Altenhilfe ist die Pflege in der Eingliederungshilfe eine Langzeitaufgabe. Sie dauert meist das ganze Leben an. Das Kind, das behindert auf die Welt kommt, braucht unter Umständen sein ganzes Leben lang Pflege. Ich möchte Sie auf die Gesetzgebung hinweisen: Das sind immer Gesetze, die zeitlich befristet und eigentlich für die Situation von Senioren gedacht sind – gut gedacht, aber die Politik vergisst häufig die Kinder und Jugendlichen, die dafür dringend eigene Vorschriften brauchen.

Barrierefreiheit – als Stichpunkt – ist die achte These. Im öffentlichen Leben und auch anderswo ist eine Barrierefreiheit an allen Ecken erforderlich. Die Toilette für alle, um

nur ein Beispiel zu nennen, ist eine wichtige Voraussetzung, um sich aus seiner Wohnung, aus seinem gewohnten Umfeld, wo die Barrieren beseitigt sind, auch in die Öffentlichkeit wagen zu können. Das ist ein weiterer wichtiger Punkt.

Vorhin sind die Pflegestützpunkte angesprochen worden. Als Basis der Information für die Eltern ist dies sehr, sehr wichtig. Aber auch sie sind vorwiegend wieder für Senioren eingerichtet. Das Wissen über Kinder und Jugendliche mit schweren Behinderungen ist oft nicht vorhanden. Hier müsste eine zusätzliche Qualifizierung der Mitarbeiter und der beschäftigten Personen erreicht werden.

Pflege insgesamt braucht mehr Zeit. Pflege braucht mehr Zuwendung und Anerkennung. Pflege braucht deswegen weniger Bürokratie. Mehr Zeit und mehr Qualität heißt aber auch mehr Geld. Das ist bei vielen Dingen erforderlich. Vorhin wurde das Beispiel der Deckungsfähigkeit von Kurzzeitunterbringung und Verhinderungspflege schon genannt. Das ist ein sehr guter Weg und hilft den Familien, während die anderen Dinge oft eher eine Einschränkung bedeuten.

Veränderungen und Verbesserungen der Situation für Kinder und Jugendliche sollen aber nicht heißen, dass das deswegen eine Konkurrenz zum SGB XI sein soll, überhaupt nicht. Das ist nur die Notwendigkeit, die ich noch einmal betonen möchte, die Anliegen des SGB XII, die Eingliederungshilfe, auch in der Pflege zu berücksichtigen.

Ich möchte dies an dem Beispiel der Personalverordnung aufzeigen. Dort heißt es, dass für einen Nachtdienst bei 40 Personen jetzt neu eine Pflegefachkraft gebraucht wird. In der Behindertenhilfe sind Wohngemeinschaften und Wohngruppen von acht bis 24 Personen die Regel. Über 24 Personen gibt es gar keine Förderung. Aber wenn ich für 40 Personen einen Nachtdienst brauche, brauche ich natürlich auch für acht Personen einen. Die finanziellen Nachteile lässt man der Eingliederungshilfe zurück, ohne eine Antwort auf diese Frage zu geben.

Das Fazit lautet für uns: Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Körper- und Mehrfachbehinderung und deren Familien möchten einfach ganz normal am Leben in der Gemeinschaft teilhaben. Dafür sind die Pflege und die Sicherheit der Pflege im öffentlichen Bereich und in den einzelnen gesellschaftlichen Bereichen eine ganz wichtige Voraussetzung. Unser gemeinsamer Auftrag ist es unserer Ansicht nach, dies zu ermöglichen.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Herr Seyfarth. Das war mehr als eine Punktlandung. Das sind halt die geübten Pflegeabläufe. – Ich bitte nun Herrn

Peghini für den Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker. Herr Peghini, herzlich willkommen!

Sv. Herr Peghini: Sehr geehrter Herr stellvertretender Vorsitzender, sehr geehrte Parlamentarier und Damen und Herren! Ich habe schon das letzte Mal sehr hochkarätige Vorträge gehört, auch eben wieder. Da fällt es einem Amateur natürlich nicht ganz so leicht, da mitzuhaltten. Ich probiere es einmal.

Wir sind gern hier, weil wir meinen, auch wir könnten ein bisschen zu diesem Thema beitragen.

Unser Landesverband wird ausschließlich von Ehrenamtlichen geleitet. Wir haben also keine hauptamtlichen Mitarbeiter. In unseren Aussagen steckt sehr viel Erlebtes. Aber ich bringe hier das Ganze natürlich nicht so akademisch vor, wie es eigentlich sein sollte.

Wir haben festgestellt, dass das Wort „Psychiatrie“ in dem Protokoll der 8. Sitzung vom 20. März 2015 auf etwa 100 Seiten nur fünfmal vorkommt. Das ist schon beachtlich. Ob sich daran der Stellenwert der Psychiatrie ablesen lässt – ich überlasse es Ihnen.

Wir haben unsere Mitglieder befragt, nachdem wir die Einladung bekommen haben, hier zu sprechen, ob sie etwas mit dem Begriff „Psychiatrische Pflege“ anfangen können. Das war ganz interessant. Ich zitiere nur einige Aussagen – man darf ja nur sieben Minuten reden –: Jeder wünscht das, doch mit dem Begriff „Psychiatrische Pflege“ konnte niemand etwas anfangen. Man versteht unter „Pflege“ das, was man mit den Hilfestellungen am Patienten – Umbetten, Hygiene, Essen, Trinken usw. – verbindet. Das mache auch ich bei meiner Frau, Pflegestufe III. Aber der Begriff „Psychiatrische Pflege“ war selbst den Angehörigen psychisch Kranker nicht geläufig.

Eine weitere Aussage war: Wer aber macht denn die Pflege nach dem stationären Aufenthalt? Da gibt es doch die Tagesklinik, die Psychiatrische Institutsambulanz, den niedergelassenen Facharzt – aber Halt, der ist ja für die Pflege gar nicht zuständig – oder vielleicht den Sozialpsychiatrischen Dienst. Da liegt man gar nicht so verkehrt. Die könnten etwas tun, wenn ...

Und wo wird gepflegt? Im Krankenhaus, bei der PIA oder am besten doch zu Hause.

Einige Aussagen unsererseits zum besseren Verständnis – wahrscheinlich kennen Sie die Zahlen schon längst –: Etwa ein Drittel der psychisch Kranken ist chronisch krank. So ist das auch bei meiner Tochter, seit 36 Jahren im betreuten Wohnen lebend. Das sind unsere Sorgenkinder.

Bei rund 10 Millionen Einwohnern in Baden-Württemberg kann man mit etwa 1 bis 3 % psychisch Kranken auf Dauer rechnen. Das sind zwischen 100 000 und 300 000 Patien-

ten. Da halten wir in etwa mit den Zuckerkranken mit; ich sage es einmal so locker. Aber in erster Linie geht es nicht um die Zuckerkranken, sondern um die chronisch Kranken und deren Angehörige.

Die neuen, unerfahrenen Angehörigen – wir haben etwa 45 Angehörigengruppen im Landesverband in Baden-Württemberg organisiert – fragen uns: Wo bekommen wir Auskünfte über die Krankheit? Warum hören wir immer wieder den Hinweis auf die ärztliche Schweigepflicht? Das passiert mir heute immer wieder. Das ist ein ganz phantastisches Wort. Vielleicht hören sie auch, dass es einen Sozialpsychiatrischen Dienst gibt; das ist schon einmal gut.

Am Schluss wirft man manchen Angehörigen ein SGB IV, V oder IX an den Kopf. Ich sage es Ihnen ehrlich: Ich mache diesen Job im Landesverband jetzt seit 14 Jahren und vorher noch fünf Jahre in der Angehörigengruppe. Auch ich steige beim SGB I bis SGB XII nicht durch. Das ist für Laien fast eine Zumutung, vermutlich auch für manche Fachleute.

Welche Pflegeleistungen erbringen die Pflegedienste? Danach habe ich mich noch vorgestern im siebten oder achten Pflegeheim erkundigt. Medikamenteneinnahme überwachen: „Ja, wir geben sie sogar.“ Depotspritze setzen: „Nein, das dürfen wir nicht.“ „Können Sie sich mit den Leuten unterhalten?“ Antwort: „Das geht natürlich bei der zeitlichen Belastung nicht. Wir möchten ja für den Job auch bezahlt werden.“

Die wenigsten Pflegedienste erbringen die sogenannte psychiatrische Pflege, vor allem nicht in den ländlichen Regionen. Ganz klar: Mannheim, Karlsruhe, Stuttgart, Ulm – die sind gut versorgt. Auch Freiburg gehört noch dazu. Ich selbst komme vom tiefen Land. Ich wohne im Elsass, bin aber in den Gruppen Achern, Bühl, Baden-Baden und Rastatt. Dort existiert so etwas nicht.

Über nicht nur gute Erfahrungen in Heimen wird berichtet; da wird ja auch gepflegt. Angehörige erhalten wenig bis gar keine Auskünfte – zum Teil, muss ich offen sagen – vonseiten des Pflegeheims. Das ist mehr ein Verwahren der Patienten, sagen manche Angehörige. Diese Angehörigen haben Angst, sich an die Heimaufsicht zu wenden. Sie befürchten keine guten Konsequenzen, was die Pflegebedürftigen in den Heimen betrifft. Ich kenne das von meiner eigenen Tochter. Da sind sie vorsichtig geworden.

Viele bereits stationär behandelte Patienten sind durch den Stress innerhalb der Aufnahmestation so traumatisiert, dass sie nie mehr zurück in die Klinik wollen. Das kennt wahrscheinlich derjenige, der mit der Psychiatrie etwas zu tun hat. Ich kenne zahlreiche Akutstationen. Ich habe meinen Job als Vorsitzender ernst genommen. Ich sage Ihnen ganz offen: Die Besuche bei meiner Tochter in den Akutstationen sind schon hart. Schon ein normaler Angehöriger steht das kaum durch, geschweige denn ein hochpsychotischer Patient, der eingeliefert wird.

Also wäre doch eigentlich die gute Antwort – das ist Ihr Thema –: die ambulante Pflege am besten zu Hause. Das ist ein wunderbares Schlagwort. Darüber ist auch sehr viel gesagt worden.

Wir meinen – auch das ist wieder ein Sprichwort, das Sie kennen –, das in Großbritannien und in den skandinavischen Ländern eingeführte Modell „Home Treatment“ ist eine gute Lösung. Da würde sich manches mit der klassischen häuslichen Krankenpflege kombinieren lassen.

In Baden-Württemberg – das wissen Sie wahrscheinlich schon – laufen jetzt zwei Modellprojekte. Das eine ist das in Heidenheim; dabei machen alle Krankenkassen mit, mit Ausnahme der AOK. Das andere ist das im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim; dabei machen alle mit. Diese Modellprojekte sind auf vier Monate beschränkt. Dann will man sehen, ob sich das Projekt „Home Treatment“ auf ganz Baden-Württemberg übertragen lässt. Das wäre gut. Die anderen Landesverbände der Angehörigen psychisch Kranker – ich sehe meinen Kollegen bzw. meine Kollegin noch nicht; ich weiß nicht, wer das macht – und wir fordern das schon seit etwa drei Jahren. Wir haben das zum ersten Mal ganz intensiv in Neu-Ulm gehört. In Günzburg gibt es ein sehr gutes Home Treatment.

Was wollen wir? Was fordern wir? Da sind wir eigentlich ganz schnell fertig. Zunächst einmal wünschen die Angehörigen, dass sie wahrgenommen werden. Das trifft vor allem auf die Krankenhäuser, auf das Personal in den Krankenhäusern, aber auch auf den niedergelassenen Arzt und die einen oder anderen pflegenden Berufe zu.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herr Peghini, ich traue mich jetzt fast nicht, aber wir haben schon ein Minus.

Sv. Herr Peghini: Okay, dann geht es ganz rasch; dann ersparen wir uns das.

Ich möchte nur noch sagen: Wir sitzen nicht neben dem Boot, sondern im Boot. Mehr als die Hälfte der Angehörigen pflegt ihre chronisch Kranken zu Hause. Wir fordern in allererster Linie, dass das Home Treatment flächendeckend eingeführt wird.

Der Rest steht in der schriftlichen Stellungnahme, die Sie schon vorab bekommen haben.

Danke für Ihre Geduld.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Herr Peghini. – Dann darf ich als Nächsten Herrn Martin Ortolf bitten, Mitglied im Landesverband Psychiatrie-Erfahrener. Guten Morgen, Herr Ortolf!

Sv. Herr Ortolf: Schönen guten Morgen! Meine Damen und Herren! Bei der Behandlung und Pflege von psychisch erkrankten Menschen wäre es wichtig, sich nicht nur darauf zu beschränken, die Symptome von psychischen Erkrankungen zu reduzieren und Krisenprophylaxe zu betreiben. Vielmehr sollte die seelische Gesundheit aktiv gefördert werden. Dazu bedarf es einer Abkehr von einer reduktionistischen, an Defiziten orientierten, ausgrenzenden und bevormundenden Psychiatrie.

Es wäre wichtig, sich grundsätzlich auf eine soziale Psychiatrie gemäß den Positionen der DGSP zu einigen, damit Menschen mit psychischen Erkrankungen auf der Grundlage aktueller Wissensstände behandelt und gepflegt werden können. Sowohl die Behandlung als auch die Pflege sollten u. a. Recovery, Empowerment und Inklusion als Basis enthalten. Ich finde, dies sollte auch im Psychiatrieplan eingearbeitet werden.

Ferner bedarf es u. a. eines neu definierten ökonomischen Gemeinwesens und eines am Menschen orientierten Verständnisses, dessen Betrachtung auch auf Nachhaltigkeit ausgerichtet ist, statt eines kurzfristig linearen betriebswirtschaftlich-marktorientierten Verständnisses von Ökonomie nach neoliberaler Muster.

Recovery sollte im Leitbild jeder Pflegeeinrichtung enthalten sein. Auch in der Aus- und Fortbildung von Pflegekräften sollte das Thema Recovery fest verankert sein; denn Recovery bietet die Chance eines Paradigmenwechsels im Hinblick auf Konzepte zur Behandlung von psychischen Erkrankungen und infolgedessen auch auf die Frage nach entsprechenden Behandlungsangeboten und Versorgungssettings.

Ein wesentliches Merkmal von Recovery ist die stärkere Einbeziehung der Nutzenden in allen Aspekten der Versorgung. Dies betrifft z. B. die Arbeit von Peers und Genesungsbegleitenden in den Institutionen, in der Gestaltung von Versorgung und auch in der Forschung.

Lassen Sie mich kurz erörtern, was ich mit Recovery meine. Recovery ist etwas, was auf eine Richtung hinarbeitet und von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfahren wird. Es ist keine Dienstleistung, die von außen ausgeführt wird. Der Beitrag der Fachpersonen besteht darin, die Nutzenden auf ihrem Weg zu begleiten. Recovery als „state of the art“.

Gesundung ist eine Haltung, eine Einstellung und ein Weg, die täglichen Herausforderungen anzugehen. Es ist ein selbstgesteuerter Prozess, um Sinn und Zielsetzung in das Leben zurückzugewinnen. Recovery beinhaltet eine Wandlung des Selbst, bei der einerseits die eigenen Grenzen akzeptiert werden und andererseits eine ganze Welt voller neuer Möglichkeiten entdeckt wird.

Der Recovery-Ansatz will den individuell betroffenen Menschen – die Person im philosophischen Sinn – in den Mittelpunkt einer Behandlung rücken, ohne dass primär Defi-

zite benannt und aufgezählt werden oder Abweichungen von einer scheinbaren Normalität definiert werden.

Neu ist dieser Ansatz nicht. Er deckt sich mit einer sozialpsychiatrisch-psychotherapeutischen Haltung, wie sie schon lange, aber nicht immer und überall praktiziert wird. Gerade psychisch oder auch chronisch kranke Menschen fühlen sich oft missverstanden oder entmutigt, wenn ihre durchaus auch von einer Erkrankung geprägten Lebenserfahrungen pathologisiert oder lediglich als Symptome gedeutet werden.

Die Recovery-orientierte psychiatrische Behandlung und Pflege umfasst vier Schlüsselwerte, nämlich Personenorientierung, Betroffenen einbezug, Selbstbestimmung und Wahlfreiheit sowie die Anerkennung eines Wachstumspotenzials. Ich denke, dies sollte sich auch in dem Psychiatrieplan widerspiegeln, der jetzt in Baden-Württemberg erarbeitet wird. Ein ganz zentraler Punkt wäre auch, EX-IN als Berufsgruppe innerhalb der Pflege anzuerkennen.

Hiermit verbunden wäre eine weitere Forderung, nämlich dass die Pflegekompetenz von professionellen Pflegekräften aufgrund eines langfristigen Versorgungsbedarfs von psychisch kranken Menschen erweitert wird, indem die Akademisierung der Pflege weiter vorangetrieben wird. Internationale Beispiele für eine Akademisierung der Pflege wären: Berater für psychisch Kranke wie in den USA, mentale Gesundheitsberater wie in Großbritannien, gemeindebezogene „Mentale Gesundheitsarbeiter“ wie in Kanada oder Psychiatriepflegeassistenten wie in den USA. Somit könnte die Pflege von psychisch kranken Menschen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich deutlich verbessert werden.

Weitere Forderungen sind gerontopsychiatrische Angebote. „Wie wollen alte Menschen leben?“, sollte die Leitfrage für die Planung von Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen sein. Hausgemeinschaften, Tagesstätten, gerontopsychiatrische Tageskliniken, Demenzsprechstunden und sozialpsychiatrische Krankenpflege sollten selbstverständlicher vernetzter Bestandteil jeder Versorgungsregion sein.

Forderungen für Kinder und Jugendliche: Psychiatrie und Jugendhilfe müssen sich fachlich und personell vernetzen. Die Behandlung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher muss möglichst zu Hause unter systemtherapeutischer Begleitung der Familien sowie unter Einbeziehung des gesamten sozialen Netzwerks inklusive Schule erfolgen. Für besondere Situationen müssen geeignete therapeutisch ausgerichtete Rückzugsräume geschaffen werden. Tages- und Nachtkliniken für Kinder und Jugendliche sind in jeder Region vorzuhalten.

Die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen im Grenzbereich zur Psychiatrie muss um die Gruppe der jungen Erwachsenen erweitert werden, die aktuell häufig aus dem Hilfesystem herausfallen. In den Regionen müssen alternative Wohnformen geschaffen werden. Ein Aufbau spezifischer Lernräume zur Stützung von Schule und Berufe unter Einbeziehung von Lernpaten ist erforderlich. Wir brauchen den Aufbau und die psycho-

soziale Begleitung von geeigneten Patenfamilien für Kinder psychisch kranker Eltern für Krisensituationen.

Jetzt noch zum Migrationshintergrund und der geschlechtssensiblen Leistungserbringung: Wir brauchen eine Festsetzung einer fachkompetenten, niedrighwelligen Beratungsstelle für Migrationen in jeder Region sowie eine Festschreibung unabdingbarer Standards zur Sicherstellung der notwendigen unterschiedlichen frauen- und männer-spezifischen Behandlung und Betreuung und Integration in die Selbstverpflichtung der am GPV beteiligten Leistungserbringer.

Synchronisation von Krankenhausplanung und Psychiatrieplanung: Krankenhauspsychiatrie und psychosoziale Hilfen in den verschiedenen Lebensbereichen müssen analog dem Denkansatz der integrierten Behandlungs- und Rehaplanung ganz selbstverständlich ineinandergreifen. Von der Enthospitalisierung alter Langzeitkranker über die Schaffung von Soteria-ähnlichen Aufnahmestationen bis hin zu familienorientierten ambulanten Behandlungssettings und Kriseninterventionen nach skandinavischen Modellen muss die Behandlung im übergreifenden sozialpsychiatrischen Kontext erfolgen.

Standards und Qualitätsmaßstäbe: Es muss sichergestellt werden, dass sich die Einrichtungen und Dienste ebenso wie die Hilfeplanerinnen und -planer nach objektiven sozialpsychiatrischen Wissens- und Qualitätsstandards ausrichten und nicht die persönliche Haltung einzelner Personen in Schlüsselpositionen die Maßstäbe subjektiv festlegen und damit alle fachlichen Plausibilitäten über den Haufen werfen können.

Ferner muss sichergestellt werden, dass der soziale Bereich nicht zu einem Niedriglohnsektor verkommt, in dem die billigsten Anbieter am Markt – oft im Grenzbereich der Legalität – den Preis bestimmen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in sozialen Dienstleistungen brauchen ein professionelles Rüstzeug und Wertschätzung, um diese Arbeit auch langfristig und ohne auszubrennen leisten zu können.

Vielen Dank.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Herr Ortoff. – Dann darf ich als Letzte in dieser Gruppe Frau Sylvia Kern, Geschäftsführerin der Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg, bitten. Guten Morgen, Frau Kern!

Sv. Frau Kern: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren!

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

Aktuell leben 184 000 Menschen mit Demenz in Baden-Württemberg – davon zwei Drittel mit einer Alzheimerdemenz –; das entspricht immerhin 8,8 % aller über 65-Jährigen.

Aus heutiger Sicht werden wir wohl mit einer Verdopplung dieser Zahlen bis 2050 rechnen müssen.

Wir sprechen von einer hochverletzlichen, hochbelasteten Zielgruppe, der krankheitsbedingt, zumindest im weiteren Verlauf, eine Eigenvertretung nicht möglich ist. Die Betroffenen sind in weiten Teilen unterversorgt. Die Angehörigen sind in aller Regel stark belastet. Beide zusammen sind gesellschaftlich meistens sehr isoliert.

Daraus ergeben sich immense Herausforderungen, zunächst einmal an den Bereich „Inklusion und Teilhabe“ – das richtet sich an uns alle als Mitbürger und Gesellschaft – und weiterhin an den Bereich „Fürsorge und Schutz“, zunächst gerichtet an die Familie und das individuelle, persönliche Umfeld, selbstverständlich aber darüber hinaus auch an den Staat und an die Kommunen. Weitere große Herausforderungen beziehen sich auf den Bereich der Betreuung und Pflege, das heißt ganz konkret auf die ambulanten und stationären Strukturen.

Wir brauchen im Bereich der Betreuung und Pflege eine Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen und hier vor allem innovative und nachhaltige Projekte. Wir brauchen dringend eine enorme Ausweitung der personellen Ressourcen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Wir haben die sattsam bekannte große Herausforderung des Fachkräftemangels heute schon benannt. Darüber hinaus wissen wir, dass wir, um Menschen mit einer Demenzerkrankung und ihren Angehörigen einigermaßen gerecht werden zu können, um einen Mix aus Profis, Semiprofis, Angehörigen und Ehrenamtlichen nicht umhinkommen werden. Zu guter Letzt ist Quantität natürlich nicht gleich Qualität. Wir brauchen eine sehr hohe Demenzkompetenz und auch Demenzsensibilität, und zwar quer durch alle Berufsgruppen inklusive der Hauswirtschaft.

Wir haben einen großen Nachholbedarf in verschiedensten Detailthemen, die ich nur beispielhaft anreißer: Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, z. B. das Angebot einer Betreuung von alten, pflegebedürftigen Menschen in großen Betrieben, nicht nur Kinderbetreuung, wie es heutzutage der Fall ist, zumindest beginnend. Die Verhältnisse sind zum Teil desaströs, wenn Menschen mit einer Demenz in das Akutkrankenhaus kommen. Wir wissen viel über das Thema Technischeinsatz. Es gibt viel in diesem Bereich, aber dies kommt kaum zum Einsatz. Technik ist gut und sinnvoll, soweit sie ethisch vertretbar ist und dem Menschen dient. In allen diesen Bereichen ist das Rad längst erfunden. Wir müssen aber noch ziemlich dicke Bretter bohren, um es auch ins Rollen zu bringen.

Ein paar Worte zum konkreten Bedarf in Baden-Württemberg: Wir brauchen flächendeckende Versorgungs- und Entlastungsstrukturen. Wir brauchen eine Ausdifferenzierung der bestehenden herkömmlichen Angebote für Zielgruppen, die bislang nicht erreicht werden. Das sind jung erkrankte Betroffene, nicht zu verwechseln mit Betroffenen in der Frühphase, für die das Gleiche gilt. Wir brauchen Angebote für Menschen mit Demenz und einer zusätzlichen Behinderung, auf die wir schlicht und einfach historisch nicht

eingestellt sind. Wir brauchen Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund; wir wissen, dass wir sie mit unseren Strukturen und Angeboten definitiv nicht erreichen. Zu guter Letzt brauchen wir Angebote auch für allein lebende Menschen; bei ihnen merken wir erst viel zu spät, dass das Kind schon ziemlich tief in den Brunnen gefallen ist.

Daraus folgt: Wir brauchen zwingend eine Erhöhung der Landesmittel zur Komplementärförderung der noch so heißen niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote. Wir werden im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes I und künftig auch II massive inhaltliche und strukturelle Ausweitungen und Veränderungen haben. Wir dürfen die bisherige vorbildliche Aufbauarbeit, die von Land, Pflegekassen und weiteren Beteiligten geleistet worden ist, nicht infrage stellen, sondern wir müssen das weiter bestärken und aufrechterhalten.

Wir brauchen dringend dezentrale demenzkompetente Beratungsangebote und hier vor allem auch den Ausbau der Pflegestützpunkte im Land.

Konkret brauchen wir in Kommunen und Landkreisen vor Ort zunächst einfach einmal ein Bewusstsein, was das Thema Demenz und die damit verbundene Brisanz und die Lawine angeht, die da demografisch auf uns zurollt.

Wir brauchen Weitblick und Verantwortungsbereitschaft im Sinne der kommunalen Daseinsvorsorge. Kommunen müssen schlicht und einfach Geld in die Hand nehmen, also finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung stellen, um gut vernetzte und vielfältige Hilfestrukturen vor Ort aufzubauen, sowohl im ambulanten als auch im teil- und im vollstationären Bereich. Das umfasst auch, was vielerorts noch sehr mangelhaft vorhanden ist, eine adäquate gerontopsychiatrische Grundversorgung.

Im ganz normalen gesellschaftlichen Umfeld vor Ort brauchen wir eine hohe Demenzkompetenz, z. B. bei Polizei, Einzelhandel, ÖPNV, Vereinen usw. – alles Gruppen bzw. Menschen, die mit Menschen mit Demenz, zumindest in frühen Phasen, immer stärker in Berührung kommen.

Wir brauchen über den ambulanten Bereich hinaus quartiersnahe und kleinteilige Wohnformen. Es geht längst nicht mehr um die Alternative: „Zu Hause pflegen bis zum Umfallen, und wenn es nicht mehr geht, dann in das große Heim auf der grünen Wiese“, sondern wir brauchen – da hat auch das baden-württembergische WTPG den Weg gut frei gemacht – vielfältige, bunte Wohnformen vor Ort, die Stichworte beinhalten oder aufgreifen müssen wie „Privatheit“, „Individualität“, „Normalität“ usw.

Wir brauchen – zuletzt – unbedingt eine gute Begleitung und eine Förderung des Bereichs „Bürgerschaftliches, ehrenamtliches Engagement“, ohne das wir diese Herausforderungen nicht werden stemmen können.

Ein paar Worte zu uns, wer wir sind und was wir tun: Die Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg versteht sich als zentrale Anlaufstelle zum Thema „Demenz im Land“. Wir sind ein Selbsthilfeverband mit neun Mitarbeitenden und einer hauptamtlichen Geschäftsstelle in Stuttgart.

Unsere Hauptanliegen und -aufgaben sind zunächst, zu beraten, zu informieren und zu sensibilisieren, um ein Bewusstsein in der Bevölkerung zu schaffen und das Tabu Demenz aufzubrechen. Wir wollen damit letztendlich die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familien erhöhen. Dazu gehört sehr, sehr viel, u. a. landesweite Strukturen aufzubauen und zu verbessern, das schon benannte ehrenamtliche, bürgerschaftliche Engagement zu fördern und natürlich auch immer wieder das ganz wichtige Stichwort „Netzwerke“. Wir müssen Netzwerke bilden, was bedeutet, gleichzeitig Qualität auszubauen und zu sichern. Zu guter Letzt ist es uns ein wichtiges Anliegen, dass wir Lobby sind für die Menschen, die keine Stimme oder keine Kraft mehr haben, ihre Stimme zu erheben. Letzteres gilt für die pflegenden Angehörigen.

Was wir brauchen, sind zunächst einmal offene Ohren und Botschafter für das Thema Demenz, das an niemandem von uns – sei es direkt oder indirekt – vorbeigehen wird. Wir brauchen ganz konkret Mitdenker, Mitstreiter in Politik und Kommunen. Auch bei uns geht leider nichts ohne Geld: Wir brauchen eine verlässliche, nachhaltige finanzielle Unterstützung. Wir müssen dringend unsere Geschäftsstelle hier in Stuttgart ausbauen. Wir brauchen eine Regionalisierung, um eine dezentrale Präsenz auch im ganzen Land vorweisen zu können. Das bedeutet: Wir brauchen für unsere Förderung, die im Rahmen einer Komplementärförderung von Land und Pflegekassen geschieht, eine starke Ausweitung. Ich denke, vor dem Hintergrund der Komplementärförderung ist das sehr gut angelegtes Geld.

Demenz geht uns alle an. Wir müssen nur alt genug dazu werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Danke, Frau Kern. Sie haben das ganz geschickt gemacht, Sie haben den Laptop vor das Minus gestellt; dann haben Sie es nicht gesehen.

(Heiterkeit)

Das nur am Rande. – Frau Schiller, bitte.

Abg. Jutta Schiller CDU: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Ich habe eine Frage an Frau Kern. Ich möchte mich zunächst bei Ihnen, aber auch bei Ihren Vorred-

nerinnen und Vorrednern für die sehr interessanten Vorträge bedanken. Sie sprechen in Ihrer Vorlage davon:

Wir brauchen in Baden-Württemberg ... eine vielfältige und innovative Ausdifferenzierung der Angebote für Menschen mit Demenz, auf die die herkömmlichen Hilfestrukturen nicht passen ...

Könnten Sie dazu noch ein bisschen genauere Angaben machen? Welche Angebote konkret wären sehr notwendig? Wie beurteilen Sie den Ausbau der Tagespflegestrukturen, besonders auch die Angebote, die stundenweise verfügbar sind?

Vielen Dank.

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

Abg. Thomas Poreski GRÜNE: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Erst einmal auch von meiner Seite herzlichen Dank für die Beiträge, die sehr anregend und gehaltvoll sind. Ich möchte nur zwei Nachfragen stellen, nämlich an Herrn Seyfarth und an Herrn Peghini.

Herr Seyfarth, Sie hatten eine Reihe von Forderungen aufgestellt. Ich wüsste von Ihnen gern, was davon bundesgesetzlicher Handlungsbedarf ist und was landesgesetzlicher Handlungsbedarf ist. Bei Letzterem haben Sie die Heimpersonalverordnung angesprochen – das ist kein Gesetz, sondern eine Verordnung – und kritisiert, dass der Aspekt von Menschen mit Behinderungen zu gering berücksichtigt worden sei. Soweit ich den Entwurf der Verordnung kenne, gibt es aber ausdrücklich für Menschen mit Behinderungen eine extreme Flexibilisierung im Vergleich zu bisher. Wo wäre denn nach Ihrer Ansicht noch Nachbesserungsbedarf?

Herr Peghini, mich würde im Zusammenhang mit dem Stichwort „Home Treatment“, das Sie angesprochen haben, interessieren, welche gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit so etwas ein regulärer Anspruch wird und nicht nur eine Ausnahme bleibt.

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

Abg. Thomas Reusch-Frey SPD: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Ganz herzlichen Dank für die wirklich gehaltvollen Vorträge.

Ich habe eine Frage an Frau Riethmüller. Sie haben den Fokus u. a. auf die pflegenden Angehörigen gelenkt. Das finde ich ganz wichtig. Die Interessenvertretungen, die es gibt – wie z. B. „wir pflegen“ –, sind leider eher selten. Deshalb die Frage: Wo sehen Sie Möglichkeiten, diesen Organisationsgrad und die Interessenvertretung vor allem auf der

kommunalen, der lokalen Ebene für die pflegenden Angehörigen zu stärken und auszubauen?

An Herrn Seyfarth habe ich die Frage, wie er die Rolle des Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen sieht. Es hat sich ja gezeigt, dass die Bedürfnisse der Menschen – Kinder, Jugendliche, Erwachsene mit Behinderungen – in der politischen Diskussion und vor allem auch in den Gesetzesreformen, die Sie erwähnt haben, besser berücksichtigt werden müssen. Deshalb die Frage nach dem Landesbeauftragten.

An Herrn Ortolf möchte ich gern die Frage nach der Ausbildung in den Pflegeberufen stellen. Sie haben sehr stark Recovery als Begleitung hervorgehoben. Reicht die generalistische Ausbildung im Pflegebereich aus, um dieses doch sehr große und komplexe Gebilde in dem erweiterten Ausbildungsberuf der generalistischen Pflege abzubilden?

Bei Frau Kern möchte ich einfach ein bisschen in die konkrete Praxis gehen. Sie haben das WTPG erwähnt. Welche Dynamik hat sich seit der Verabschiedung dieses Gesetzes aus Ihrer Sicht und nach Ihrer Wahrnehmung entwickelt? Sind Sie da zum Teil auch in konkrete Projekte eingebunden?

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

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Ich habe eine Frage zum Thema Pflegestützpunkte. Diese hatten Frau Riethmüller, Herr Seyfarth und Frau Kern angesprochen. Insofern richtet sich diese Frage an Sie. Wir diskutieren ja über das Thema „Erweiterung der Pflegestützpunkte“. Wir stellen fest, insbesondere in großen Landkreisen, dass es, selbst wenn man die Zahl verdoppeln oder verdreifachen würde, noch immer schwierig wäre. Insofern die Frage: Brauchen wir da nicht auch ein Stück weit Strukturen in Richtung Case Management, mehr Beratung direkt vor Ort – es wird ja auch immer komplexer –, ergänzende, aufsuchende Strukturen?

Gerade im Hinblick auf die letzte Frage von Herrn Reusch-Frey noch die Frage an Frau Kern: Wie sind die Erfahrungen mit dem WTPG, die Sie inzwischen haben, nachdem das ja jetzt schon eine Weile Gesetz ist? Wie sind die Erfahrungen in der Umsetzung?

Dritte Frage: Zu Forschung und Entwicklung habe ich jetzt von Ihnen nichts gehört. Wie sind denn von Ihnen aus die Kontakte zu forschenden Unternehmen? Das wäre ganz interessant.

Frau Riethmüller, Sie haben angeregt, bundesweite Tage der pflegenden Angehörigen zu machen. Das halte ich für eine sehr gute Idee, die man sicherlich aufgreifen sollte.

An Herrn Seyfarth eine Frage zum Thema „Geeignete Kurzzeitpflegeplätze“, wenn man insbesondere auch an Menschen denkt, die älter werden: Halten Sie es für sinnvoller,

dafür eigene Pflegeheime zu entwickeln oder diese Plätze in die bestehenden Heime einzustreuen, also im Sinne der Inklusion?

Herr Peghini, wenn Sie vielleicht noch erläutern könnten, wie die Erfahrungen aus Neu-Ulm und anderen Ländern beim Home Treatment sind. Auch das wäre noch interessant.

Herr Ortolf, Sie haben die Synchronisation von Krankenhaus- und Psychiatrieplanung angesprochen. Wo sehen Sie da aktuell die Defizite?

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

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Ich habe eine Frage an Frau Kern. Sie haben angesprochen, dass es einen bunten Strauß von Betreuungs- und Unterstützungsmöglichkeiten, gerade auch die Wohnformen betreffend, geben muss, und genannt, dass das WTPG den Weg für diese Wohnformen frei gemacht hat. Welche Erfahrungen gibt es denn mit Menschen mit Demenz in Wohngruppen? Wir wissen, dass das Leben für Menschen mit Demenz in kleinen Wohngruppen deutlich entspannter ist. Würden Sie diese Ansicht teilen und darum auch diese Art von Wohnform besonders unterstützen, oder würden Sie sagen, dass es da in erster Linie um Strukturen geht?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Frau Mielich. – Jetzt habe ich mich noch ganz kurz auf die Redeliste genommen. Ich habe zwei Fragen, und zwar an Herrn Peghini und an Herrn Ortolf.

Herr Peghini, zur psychiatrischen Fachpflege: Sie haben angesprochen, dass das im Prinzip auf die Medikamentengabe reduziert ist. Aber wir haben einen Katalog, der eigentlich wesentlich breiter ist. Sie haben ja auch eine Stimme im G-BA. Vielleicht geben Sie uns mit auf den Weg, mit welchem politischen Impetus – ich sehe heute auch Kasernenvertreter – wir zum Gemeinsamen Bundesausschuss gehen.

Die Frage an Herrn Ortolf: Im Rahmen des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes ist jetzt die Erneuerung der Richtlinien der Sozialpsychiatrischen Dienste gelungen. Jetzt wird es uns das erste Mal möglich sein, EX-IN-Genesungsbegleiter in den Sozialpsychiatrischen Diensten zu beschäftigen. Was raten Sie den Diensten, wie sie die zukünftigen Kollegen konstitutionell einbinden sollen?

Das waren meine Fragen. – Ich schaue noch einmal in die Kollegenschaft. – Wir machen das Ganze wieder von oben nach unten. Frau Riethmüller, wenn Sie beginnen.

Sv. Frau Riethmüller: Herr Reusch-Frey, Sie haben gefragt, wie die Interessenvertretung der pflegenden Angehörigen sichtbar werden könnte. Für mich ist der Anlass der Enquetekommission „Pflege“ eine wunderbare Sache. Es ist ein bisschen ein Problem,

einfach zu sagen: „Wir machen jetzt einen Ortsverein, der bundesweit eine Interessenvertretung ist.“ Das ist sehr schwierig. Aktuell Pflegende haben einfach nicht die Kapazitäten und die Zeit, um sich da entsprechend zu engagieren. Unsere Mitglieder sind vergleichsweise passiv und kommen auch nicht in Scharen zu Mitgliederversammlungen. Aber wir haben natürlich sehr viele Kontakte, insbesondere auch über soziale Netzwerke.

Neulich stand gerade etwas über die Entlastungsmöglichkeiten in der „Apotheken Umschau“. Dazu hatte die „Apotheken Umschau“ eine Telefonnummer angegeben. Das war zwar die Faxnummer des Büros, aber der Mann dort konnte damit umgehen. Er hat in diesen Tagen 217 Anrufe bekommen. Darunter waren drei Anrufer, die einen Internetanschluss haben. Der Landesseniorenrat sagte ja: „Wenn man nicht im Internet unterwegs ist, dann ist man Analphabet“, und so ist es auch. Wir müssen uns auch da ganz kreativ Blumensträuße ausdenken, wie wir das machen können und wie wir mit aktuell Pflegenden in Kontakt kommen und sie präsent machen.

Vielleicht meine Erfahrung: Nachdem ich in Rente gegangen bin – ich war persönliches Mitglied bei „wir pflegen“ und habe die Stadt, bei der ich beschäftigt war, als juristisches Mitglied anmelden können –, habe ich erfahren, dass man diese Mitgliedschaft gekündigt hat. So viel zur Sensibilität in den Kommunen für pflegende Angehörige und wie notwendig es ist, das in das Bewusstsein zu heben. Gesprächsgruppen usw., die ich gemacht hatte, finden nicht mehr statt. So ist es nun einmal.

Herr Haußmann, Sie haben nach den Pflegestützpunkten gefragt, ob da auch Case Management gemacht werden muss. Selbstverständlich. Bei der Auswertung der Pflegestützpunkte durch das KDA habe ich festgestellt, dass es nicht immer zu 100 % notwendig ist, aber selbstverständlich ist es notwendig. Soweit ich das überblicke, werden da auch entsprechende Fortbildungen angeboten. Das hat da unbedingt seinen Ort. Dazu sind eine Sensibilisierung, eine Bewusstseinsbildung und auch die Benennung der pflegenden Angehörigen erforderlich.

Mir hat gefallen, was der Vertreter des Landesverbands der Angehörigen psychisch Kranker gesagt hat: „Wir wollen wahrgenommen werden.“ Das ist der Punkt. Das läuft immer so nebenher. Die Alzheimer Gesellschaft macht selbstverständlich auch Selbsthilfe mit den Angehörigen, und sie macht da auch viel. Aber es sind die Kranken, um die etwas gemacht werden muss. Wir fragen: „Wie geht es Ihnen, Frau Müller, nachdem Sie jetzt schon zehn Jahre lang pflegen?“ Die Antwort ist jedes Mal unisono: „Das hat mich noch nie jemand gefragt.“ So viel dazu.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Frau Riethmüller. – Herr Seyfarth, bitte.

Sv. Herr Seyfarth: Zu der Frage von Herrn Poreski: Welche Gesetze sind vom Bund und welche vom Land? Natürlich spielen da beide gesetzlichen Grundlagen ineinander. Aber das Pflegeversicherungsgesetz hat der Bund gemacht. Dort hat man später für die

Eingliederungshilfe 250 € über die Krankenkassen finanziert. Von dem Beitrag in Höhe von 3 500 € im Monat stehen für die Pflege von behinderten Menschen lediglich 250 € zur Verfügung. Das steht in keinem Verhältnis zu dem, was dort geleistet wird.

Aber auch Landesvorschriften spielen eine Rolle. Denken wir nur einmal an das Schulgesetz, das gerade verabschiedet worden ist. Die Sonderschulen dürfen jetzt nicht mehr „Schulen“ heißen, sondern sind ein Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum. Ich habe schon gesagt: Unsere Schüler müssen so lange dort bleiben, bis sie gelernt haben, dieses Wort auszusprechen. Dann haben sie vielleicht die Grundlage dafür. Es ist schade, dass dort der Begriff der Schule nicht mehr vorhanden ist.

Bezogen auf die Landesheimbauverordnung gibt es die Situation, dass Zimmer mit Dusche und Einzelbelegung, die ja dort Voraussetzung sind, für die Einrichtungen der Eingliederungshilfe ein großes Problem darstellen; denn dort gab es immer ein familienähnliches Konzept: Jeder hat sein Zimmer; gemeinsam hat man eine Wohnung. Aber diese Vorschriften passen auf die Eingliederungshilfe nur bedingt. Sie sind in erster Linie wieder an der Altenhilfe orientiert und weniger für die Einrichtungen der Behindertenhilfe gedacht.

In Bezug auf die Personalverordnung haben Sie recht, dass es natürlich eine Verbesserung gibt, zweifellos; da bin ich ganz bei Ihnen. Nur: Auch dort ist es so, dass die kleinen Einrichtungen – – In der Regel darf keine neu gebaute Einrichtung mehr größer als 24 Plätze sein. Diese Größe ist für die Finanzierung der Strukturen ein ernstes Problem. Wenn ich an immer größere Einheiten und an einen Nachtdienst bei 40 Personen denke – das ist das Beispiel, das ich vorhin genannt habe –, dann muss ich sagen, dass auch das Haus mit zwölf, 15 und 18 Plätzen genau den gleichen Nachtdienst liefern muss. Es hat die gleiche Vorschrift, hat aber den finanziellen Nachteil, der sonst nicht berücksichtigt ist.

Zu der Frage nach dem Landes-Behindertenbeauftragten: Selbstverständlich ist das ein Weg in die richtige Richtung. Aber man sieht ja auch an den Stellungnahmen der Verbände, wie schwierig es ist, sich Gehör zu verschaffen auch wirklich die Umsetzung zu erreichen. Es ist ja nicht das erste Mal, dass über derartige Schwierigkeiten berichtet wird. Die Berücksichtigung in der Folge ist das Problem. Es ist in der Tat ein sehr breites Feld, was da die Pflege angeht. Diese Punkte alle zu berücksichtigen, ist eine unheimlich schwierige Aufgabe. Das sehe auch ich.

Das Augenmerk auf die Kinder und Jugendlichen zu richten finde ich dabei besonders wichtig; denn man steht jetzt vor der Situation: Wenn Inklusion gelingen soll, dann muss Pflege mitgedacht werden. Dann brauchen die Einrichtungen – mit „Einrichtungen“ meine ich Schulen, Ausbildungsstätten und Ähnliches – auch Pflegeräume. Die müssen die Situation haben, dass sich dort jemand versorgen kann oder versorgt wird, egal, ob er sich über Sozialstationen oder anderweitig Hilfe holt. Das ist eine wichtige Voraussetzung.

Zu den Pflegestützpunkten, die vorhin angesprochen worden sind: Das ist eine eindeutige Situation. Wenn Sie einmal in das Internet gehen und sich anschauen – auch hier geht es wieder um das Internet –, was bei den Pflegestützpunkten dargestellt wird, dann werden Sie feststellen, dass das immer die Pflege von Senioren ist. Dort wird nie die Pflege eines behinderten Kindes oder eines Jugendlichen dargestellt. Es werden auch nie Kompetenzen nachgewiesen und beschrieben: „Ich kann Ihnen diese und jene Dinge sagen, die für diesen Personenkreis besonders wichtig sind, Hilfsmittelversorgung usw.“ Daran hängen ja oft auch noch andere Probleme.

Bezogen auf die Kurzzeitpflege wurde die Frage gestellt, ob eingestreut oder separat. Eingestreut ist natürlich das ökonomischere Modell. Man hat aber gleichzeitig das Problem: Die Heime sind dann meistens mit Dauerplätzen belegt. Wenn die Familien Unterstützung brauchen, gerade im Sommer, wenn Urlaubszeit ist, oder über Weihnachten, wenn jemand verhindert ist, dann ist der Kurzzeitpflegeplatz oft nicht vorhanden. Das ist das Problem. Es gäbe eine Lösung; man müsste die Kurzzeitpflege nämlich anders finanzieren, als dies im Augenblick der Fall ist.

Vielen Dank.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Seyfarth. – Herr Peghini.

Sv. Herr Peghini: Ich möchte zuerst Ihre Frage beantworten, weil das Home Treatment auch noch von anderen Kollegen angesprochen worden ist. Was kann man tun, um die Psychiatrie noch mehr in die Pflege hineinzubringen? Ich habe hier ein Papier „Studienvorausplanung und Prüfungen im Studiengang Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege“. Das habe ich mir ausgedruckt, weil ich in drei verschiedenen Caritas-Organisationen war, die im badischen Bereich die komplette Psychiatrie abdecken. Von zwei Heimmanagerinnen oder Vorsitzenden habe ich gehört: „Wir können uns die psychiatrische Schwester oder den psychiatrischen Pfleger nicht erlauben. Das ist viel zu aufwendig. Sie müssen 180 Prüfungseinheiten bestehen. Wir müssen uns dann diese Leistungen von einem größeren Heim holen, oder wir müssen den Facharzt holen.“ Wie das mit den Fachärzten aussieht, das wissen Sie selbst. Der Landkreis Rastatt hat noch zwei. Das ist sehr mager.

Der Wunsch geht dahin – auch der Wunsch der Leute, die davon betroffen sind –, dass man es den Fachschwestern etwas leichter macht mit der Zusatzprüfung „Psychiatrische Pflege“. Das ist sehr amateurhaft vorgetragen. Ich kann Ihnen das gern geben.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Gern.

Sv. Herr Peghini: Ohne Gebühr.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Den Begriff „Home Treatment“ kann man mit „häusliche Pflege“ übersetzen. Aber komisch, wir Deutschen haben es nun einmal mit den englischen Begriffen. Häusliche Pflege gibt es schon seit ewig und acht Tagen. Aber hier haben wir doch eigentlich die typische Situation: Psychisch Kranke kommen in die Aufnahmestationen der Kliniken. Sprechen wir bitte nur von dem Drittel der schwer psychisch Kranken. Sie sind dort für, sagen wir einmal großzügig, etwa sechs Wochen. Dann müssen sie mehr oder weniger wieder hinaus, weil die Krankenkassen sofort Gutachten verlangen, warum der Patient länger drin ist. Alle haben eigentlich ein Interesse daran, den alten Grundsatz „Ambulant vor stationär“ zu realisieren. Das alles ist in Ordnung.

Wir kennen zum Teil das Wort „Systemsprenger“, extrem schwer zu behandelnde psychisch Kranke. Ich habe es vorhin schon gesagt: Viele wollen gar nicht mehr in die Klinik zurück – bei meiner Tochter war es genauso –, weil die Masse von psychisch Kranken – die sensibleren unter ihnen sowieso – sehr negativ beeinflussen. Also wäre es doch eigentlich gut, man würde diese aufsuchen.

Dann sind wir bei der allerersten Frage: Was gibt es denn da für gesetzliche Voraussetzungen? Keine, weil vom Gesetzgeber in Berlin nicht durch ein Gesetz fest verankert wurde, von wem das Home Treatment bezahlt werden muss. Es muss natürlich von den Krankenkassen bezahlt werden. Denn das ist ja eine Leistung, die entweder in Richtung Krankenversorgung oder Pflege geht. Die Kommunen können das sowieso nicht. Die Krankenkassen in Deutschland tun sich damit sehr schwer. Das sind neue Belastungen.

Was machen sie? Sie fangen jetzt mit Modellen an. Ich habe Ihnen die beiden Modelle in Baden-Württemberg schon genannt, nämlich das in Heidenheim, ganz in der Nähe von Ulm, und das im Zentralinstitut, auch nur wieder auf vier Monate festgelegt. Da schreien natürlich alle auf und sagen: „Was können wir in vier Monaten erreichen? Hat man dann einen medikamentös einigermaßen eingestellten Menschen zu Hause bei sich überhaupt so weit, dass er ansprechbar ist für Pflege, für Teilhabe, für was weiß ich alles?“ Das sind ja große Worte.

In erster Linie geht es um die wirklich schwer kranken Menschen, die nach der Entlassung eigentlich nur – jetzt wird es spannend – auf den niedergelassenen Facharzt oder auf den Hausarzt verwiesen werden können. Sie wissen: Die Fachärzte werden immer knapper. Sie machen keine Hausbesuche mehr. Ich denke, dass der Hausarzt einfach überfordert ist.

Auf die Frage, wie das in Neu-Ulm ist, muss man Folgendes sagen: Wir hatten in Baden-Württemberg noch gar kein Home Treatment, sondern das kam von dem sehr bekannten Professor Becker. Er hat das Home Treatment in Günzburg eingeführt. Die Günzburger wiederum sind bereit, das Home Treatment auch für Ulm, Baden-Württemberg, zu übernehmen, sofern es von den Krankenkassen bezahlt wird. Günzburg hat mit einigen Kassen spezielle Verträge, die das zulassen. Die Ergebnisse sind sehr gut.

Ich muss auch sagen: Das Sozialministerium – das ist an Ihre Adresse gerichtet – hat dieses Thema vor zwei Jahren aufgenommen. Das Thema „Home Treatment“ steht ganz oben auf der Agenda. Jetzt wurden auch schon Gespräche mit den verschiedenen Krankenkassen geführt. Die tun sich natürlich auch nicht immer leicht. Ich will nicht von Konkurrenz reden. Aber die AOK, die ja sehr gute Leistungen hat, ist nicht bereit, die gleichen Wege zu gehen wie die anderen. Diese Frage will ich gar nicht polemisch beantworten. Dafür bin ich kein Fachmann. Aber wenn gesetzlich nicht festgenagelt wird, dass die Krankenkassen das unter den Voraussetzungen A, B, C machen müssen, dann kommen wir nie auf einen grünen Zweig. Dennoch haben wir die Hoffnung.

Die Psychiatrie-Erfahrenen und wir sind der Meinung: Das ist eine ganz gute Sache. Die Schwerkranken, die ganz schwer zu behandeln sind, sind zu Hause einfach in besseren Händen, wenn sie ein- oder zweimal in der Woche den Besuch bekommen. Das ist in der Regel ein Team, bestehend aus einem Facharzt, einer Fachärztin bzw. einer Fachpflegekrankenschwester oder einem Fachpflegekrankenpfleger und einer Sozialarbeiterin oder einem Sozialarbeiter. Die sind auch, wenn es ganz, ganz kritisch wird, in der Lage, das nachts zu machen. Das wird natürlich auch wiederum über die Krankenkassenleistungen finanziert. Das bedeutet: Da kann sich Günzburg jetzt einen zusätzlichen Facharzt leisten, was z. B. am Hochrhein – Waldshut, Lörrach – unmöglich ist. Da sind die ganzen Psychiater sowieso an die Schweiz verkauft. Das war jetzt ein bisschen polemisch. Aber Sie wissen, was ich damit meine.

Ich habe jetzt noch eine Bemerkung zu den Pflegestützpunkten. Die habe ich auch angerufen, sieben Stück. Ich muss Ihnen sagen: gute bis sehr gute Antworten, große Hilfsbereitschaft. Aber mit dem Wort „Psychiatrie“ konnten auch sie nicht so viel anfangen. Sie haben mich dann an die Pflegeheime verwiesen. Das habe ich auch kräftig ausgenützt. Das Ergebnis habe ich Ihnen ja vorhin gesagt.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herr Peghini, vielen Dank. – Normalerweise macht man das nicht, aber ich glaube, ich muss zu dem Home Treatment schon noch einen Satz sagen. Ich bin auch lange genug damit beschäftigt.

Home Treatment meint tatsächlich Krankenhausbehandlung zu Hause. Das ist in der Sozialrechtsstellung die Leistung, die sonst im Krankenhaus erbracht wird. Das ist keine nachgelagerte, sondern eine substituierende Form. Man geht davon aus, dass es besser ist, am Ort des Lebens eine intensive Behandlung zu leisten. Dafür sind die zwei Modellprojekte jetzt ein guter Einstieg. Die Kassen haben auch schon Selektivverträge mit den Kliniken, die schon in die richtige Richtung gehen. Der Weg, der dort beschritten wird, Herr Peghini, ist der richtige. Wir werden ihn systematisch begleiten. Insofern noch einmal herzlichen Dank für Ihre Ausführungen.

Sv. Herr Peghini: Danke für die Korrektur.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Das ist keine Korrektur, sondern nur eine Ergänzung gewesen.

Sv. Herr Peghini: Ich bin dankbar dafür.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Gut. Ich mische mich aber nicht ein. Das gehört sich normalerweise nicht. – Herr Ortolf, bitte sehr.

Sv. Herr Ortolf: Ich hoffe, dass ich die Fragen richtig verstanden habe. – Zur Frage 1: Das Konzept der Salutogenese ist überhaupt nicht in den Ausbildungsverordnungen vorhanden. Das müsste auf jeden Fall hineingenommen werden; denn wenn die Profis das nicht lernen, dann können sie es auch nicht anwenden.

Zur Frage 2: Da möchte ich ganz konkret werden. Wenn ich als psychisch Kranker in eine Klinik komme, dann lerne ich, meine Verhaltens- und Denkmuster zu ändern. Diese Erfahrung habe ich persönlich gemacht. Aber wenn ich dann entlassen werde, im ambulanten Bereich, dann hört das auf. Dabei gibt es keinen Übergang. Sie lernen zwar, Ihre Verhaltens- und Denkmuster zu ändern. Aber es ist sehr wichtig, dass Sie weiter daran arbeiten und weiter trainieren, damit diese Veränderungen auch bleiben. Sonst haben wir wieder den Drehtüreffekt, weil Sie dann nach ein paar Wochen oder Monaten wieder in das Klinikum müssen, weil Sie das, was Sie gelernt haben, wieder vergessen haben.

Ich bin der Meinung, dass die Pflegekräfte speziell geschult werden sollten, auch gerade in den Studiengängen und auch im ambulanten Bereich, nicht nur Therapeuten, zu dem Sie einmal in der Woche oder alle 14 Tage gehen. Es müssen wirklich Leute da sein, die Ihnen helfen, das Gelernte weiter umzusetzen und zu verfestigen.

Zur Frage 3: Ganz einfach, es sollten ganz reguläre sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse geschaffen werden.

Das war es von meiner Seite.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Okay. Vielen Dank, Herr Ortolf. – Zu guter Letzt Frau Kern.

Sv. Frau Kern: Zunächst zu der Frage nach der Ausdifferenzierung der Angebote: Ich habe das vorhin kurz angerissen und kann es gern noch ein bisschen vertiefen. Wenn wir über Menschen mit Demenz sprechen, dann haben wir meistens die Menschen mit ganz fortgeschrittener Demenz, die hochpflegebedürftigen Menschen im Blick. Aber das ist nur ein kleiner Teil.

Wir wissen, Demenz ist ein progressiver Prozess. Das heißt, es fängt bei Menschen mit leichten kognitiven Einschränkungen und einem zunehmenden Hilfebedarf an und geht bis hin zur eigentlichen Pflegebedürftigkeit, die vorher vielmehr eine Betreuungsbedürftigkeit wäre. Das heißt, wir müssen da einfach genauer hinschauen.

Wir haben schon viel erreicht. Ich glaube, wir haben rund 700 – ich schaue Herrn Schmeiduch an – niedrighschwellige Betreuungsangebote in Baden-Württemberg, also Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz, häusliche Betreuungsdienste. Das betrifft eine bestimmte Gruppe von Menschen mit Demenz. Aber diejenigen, die ich vorhin genannt habe, nämlich Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit zusätzlichen Behinderungen, vor allem Menschen, die jung sind – – Beispielsweise jemanden mit 40 oder 50 Jahren und einer Demenzerkrankung – das gibt es ja – können Sie nicht in eine normale Betreuungsgruppe bringen, weil er dann fragt: Was soll ich unter diesen uralten Menschen?

Gleiches gilt auch für Menschen, die zwar alt sein können, von mir aus durchaus 80 Jahre, die aber erst in einer ganz beginnenden Phase ihrer Demenz sind und Unterstützung brauchen, aber wiederum nicht in diesen Gruppen gut aufgehoben sind. Das gilt für noch viel mehr Zielgruppen, als ich vorhin erwähnt habe.

Ein weiteres Beispiel sind Männer. Männer sind keine so besondere Spezies.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Wenn sie etwas haben, schon.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Sv. Frau Kern: Ich will sie jetzt gegenüber den Frauen nicht herausheben. Aber sie sind im Bereich der Demenz zahlenmäßig so unterrepräsentiert, dass es einfach viel zu wenige Angebote gibt, die auf Männer in einem positiven Sinn zugeschnitten sind. Da haben wir einen breiten Bedarf an Ausdifferenzierung und müssen noch genauer hinschauen.

Der zweite von Ihnen angesprochene Punkt war das Thema Tagespflege. Wir finden es zum einen wunderbar, dass es da mittlerweile viel flexiblere Strukturen gibt als früher, dass man wirklich wählen kann, wann und wie oft, und zum anderen, dass die Refinanzierbarkeit deutlich gestiegen ist. Das ist wichtig, weil die Tagespflege der erste bzw. der zweite Schritt ist nach dem Besuch einer Betreuungsgruppe für eine außerhäusliche Versorgung, Betreuung, Pflege – wie auch immer man das nennen mag –, also quasi ein Zwischenschritt zu dem, was bei zwei Dritteln aller Menschen mit Demenz kommt. Irgendwann kommt eine, sagen wir einmal ganz vorsichtig, außerhäusliche Versorgung. Das muss nicht heißen: vollstationär; dazu komme ich gleich. Insofern volle Bejahung.

Kleiner Exkurs am Rande: Interessanterweise kommen die Menschen in der Regel dann in das Heim, sage ich jetzt einmal sehr vereinfacht, wenn es nachts überhaupt nicht mehr geht, also wenn Angehörige nachts x-mal aufstehen müssen und in der Folge am Tag mit den Nerven am Boden schleifen und nicht mehr können. Trotzdem wer-

den Angebote der Nachtpflege, die es vereinzelt gibt, seltsamerweise nicht in Anspruch genommen. Aber das ist ein Nebenexkurs.

Kommen wir zu den weiteren Fragen. Vielleicht darf ich das Thema WTPG zusammenfassen. Danach hatten Frau Mielich, Herr Haußmann und Herr Reusch-Frey gefragt.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Das ist unter Zeitgesichtspunkten sehr gut.

Sv. Frau Kern: Bitte?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Wir sind schon ein bisschen hintendran. Es ist sehr nett, dass Sie zusammenfassen.

Sv. Frau Kern: Gut. Ich versuche, es ganz schnell zu machen. – Es wurde nach der Dynamik und Entwicklung beim Thema WTPG gefragt. Ich glaube, klare Zahlen gibt es hierzu im Moment überhaupt nicht. Ich bin eingebunden in den Fachbeirat der neuen Fachstelle Wohnen, die es seit Jahresbeginn gibt und in der diese Dinge diskutiert werden. Diese Stelle beschäftigt sich zunächst einmal überhaupt mit einer Bestandsaufnahme: „Was gibt es, und wer meldet sich alles?“ Dabei wurde sehr klar: Es ist viel in Bewegung. Aber im Moment lässt sich zahlenmäßig wenig klar erfassen. Es wird eine Bestandsaufnahme geben. Wir alle hoffen, dass es eine gute Entwicklung in diesem Bereich gibt.

Bei der Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg gibt es ein jährliches Treffen für alle uns bekannten ambulant betreuten Wohngemeinschaften im Land. Wir hatten beim diesjährigen Treffen in Steinbach bei Baden-Baden eine riesige Gruppe von, ich glaube, 50 Teilnehmern. Da war ganz viel Aufbruchsstimmung und ganz viel: „Wir wollen etwas tun.“ Dass in diesem Bereich jetzt nicht sofort auch in der Realität alles explodiert in der Entwicklung, ist wohl allen klar, die wissen, wie komplex dieses Thema ist und wie viel es zu bedenken gibt.

Was noch nicht beantwortet worden ist: Frau Mielich, Sie hatten konkret nach der Einschätzung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in Wohngruppen gefragt. Natürlich ist klar: Je familienähnlicher, je kleinteiliger, je quartiersnäher die Strukturen sind, desto besser geht es Menschen. Das heißt, wir befürworten selbstverständlich auch selbstverantwortete Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz, in denen Angehörige und bürgerschaftlich Engagierte sehr aktiv sind, aber auch Angebote, die von anderen, von Diensten angeboten werden.

Zu guter Letzt zum Stichwort „Ambulantisierung“: Ein Heim, das überleben will, wird in Zukunft nicht umhinkommen, Strukturen zu verändern, die auch in diese Richtung gehen. Wir alle wissen: Es geht nicht um Entweder-oder, und es geht auch nicht darum, zu sagen: „Das einzig lebenswerte Umfeld ist eine ambulant betreute Wohngemein-

schaft“, sondern wir brauchen Strukturen, die für die Menschen möglichst wenig institutionalisiert, die möglichst sehr familiär und normal sind.

Ich glaube, auch die Frage von Herrn Reusch-Frey habe ich damit beantwortet.

Noch zu der Frage von Herrn Haußmann zum Ausbau der Pflegestützpunkte: Die Krankenkassen argumentieren damit, dass sie sagen, nach der Evaluation oder nach den Evaluationsergebnissen seien die Nachfragezahlen viel zu klein und deswegen sei ein Ausbau der Pflegestützpunkte eigentlich nicht nötig. Das ist aus unserer Sicht überhaupt nicht nachvollziehbar, weil ganz viele Menschen noch immer nicht wissen, dass es diese Pflegestützpunkte überhaupt gibt und wo sie sind. Das hängt damit zusammen, dass diese Pflegestützpunkte in der Regel nicht einmal genügend Mittel haben, um eine wirklich offensive, gute Öffentlichkeitsarbeit zu machen. Es kann nur das in Anspruch genommen werden, was tatsächlich rund um gut bekannt ist.

Selbstverständlich fehlen ergänzende Strukturen, also so etwas wie zugehende Hilfe; das ist ganz, ganz wichtig. Auch das Thema Dezentralität darf nicht vergessen werden. Wenn ich in einem großen Landkreis erst einmal 30 km fahren muss, um einen Pflegestützpunkt zu erreichen, dann kann das überhaupt nicht funktionieren. Nicht gesprochen habe ich jetzt über so etwas wie Öffnungszeiten und Erreichbarkeit.

Der letzte Punkt von Herrn Haußmann war das Thema „Technik und forschende Unternehmen“. Ich glaube, es gibt da ganz, ganz viel. Wir sind dabei teilweise mit eingebunden. Gott sei Dank gibt es Unternehmen, die auf uns zukommen und sagen: „Wir wollen jetzt dieses und jenes neu auf den Markt bringen. Uns wäre auch Ihre Expertise wichtig.“ Das halte ich für ungeheuer wichtig, nicht nur, dass man Verbände fragt, sondern nach Möglichkeit auch Betroffene selbst mit einbindet. Die Krux im Bereich Technik liegt darin, dass dies in der Praxis bislang keine Anwendung und auch zu wenig Akzeptanz findet. Dafür gibt es unendlich viele Gründe. Da reicht vermutlich die Zeit nicht, dass ich hier dazu etwas sagen kann.

Ich hoffe, ich habe alle Punkte einigermaßen abgearbeitet. Fehlt etwas? – Nein.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Frau Kern, vielen Dank. – Jetzt habe ich Herrn Peghini noch kurz zucken gesehen. Wenn wir schon da sind, ergreifen Sie noch einmal das Wort.

Sv. Herr Peghini: Zum Stichwort „Migrationshintergrund“: Wir haben schon vor zehn Jahren versucht, die Deutschrussen bzw. die Türken mit einzubinden, was die Angehörigen betrifft. Das ist uns leider nicht gelungen; das ist schade. Ich selbst bin auf Stadtteilstefte gegangen und habe dort geworben. Die Antwort war: „Wir haben keine Kranken bei uns.“ Aber das Erstaunliche ist: In den Heimen findet dann die Verbrüderung statt. Ich weiß das aus zwei Heimen, in denen ich meine Pflegebedürftigen habe. Wir haben auch extra russisch- und türkischsprachige Broschüren gedruckt; die wurden

allerdings leider gar nicht gewünscht. Da gibt es noch viel zu tun. Ich habe das Stichwort aufgenommen, ob wir vom Verband noch einmal in die Gruppen gehen, dass wir da einfach mehr machen. Denn viele Angehörige stemmen sich vielleicht auch dagegen.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Frau Riethmüller noch. Bitte sehr. – Die Pause haben wir ohnehin schon wegrationalisiert. Insofern passt das.

Sv. Frau Riethmüller: Noch etwas zu der Präsenz: Auch „wir pflegen“ ist ja ein ehrenamtlich geführter Verein. Wir haben weder eine Geschäftsführung noch sonst überhaupt irgendjemanden. Es ist durchaus schwierig, Mittel für Öffentlichkeitsarbeit und für Reisekosten von Baden-Württemberg nach Berlin zu bekommen. Wir haben x Stiftungen gesichtet und angeschaut, beim Gesundheits- und vielleicht beim Familienministerium. Aber eine solche Interessenvertretung ist in der Selbsthilfeförderung nicht vorgesehen.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank für Ihre Hinweise. – Sie haben unsere Maxime „Aus Betroffenen Beteiligte machen“, die wir ja in der ganzen Pflegeenquete schon verinnerlicht haben, mit sehr guten und fundierten Beiträgen unterstützt, dass das der richtige Weg ist. An Sie alle noch einmal herzlichen Dank.

Die Pause haben wir wegrationalisiert. Ich gebe gleich weiter an den Vorsitzenden für den Block 3.

Herzlichen Dank.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Meine sehr geehrten Damen und Herren, dann ist es an mir, die Zeit wieder hereinzuholen.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Wir kommen zum Block 3. Ich darf gleich Herrn Monsignore Bernhard Appel ans Redepult bitten. Er ist Diözesan-Caritasdirektor und Vorstandsvorsitzender des Caritasverbands für die Erzdiözese Freiburg.

Sv. Herr Monsignore Appel: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Im Namen der in der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg zusammengeschlossenen Verbände danke ich für die Einladung zur heutigen Anhörung. Wir haben uns im Vorfeld auf Schwerpunktthemen verständigt, um Wiederholungen zu vermeiden.

Ich werde jetzt mit dem mir am Herzen liegenden Thema „Familienpflege, Haushaltshilfe“ beginnen. Frau Armbruster von der Diakonie wird das Thema „Stationäre Pflege“ in den Blick nehmen, Herr Meier von der Israelitischen Religionsgemeinschaft die interkulturelle Pflege. Nach der Mittagspause wird die neue Vorstandsvorsitzende des DPWV, Frau Wolfgramm, die Thematik „Quartier- und Sozialraumorientierung“ ansprechen.

Herr Opitz-Leifheit von der AWO wird den Personal- und Fachkräftemangel beleuchten. Herr Heinz vom DRK wird die Finanzierung der häuslichen Krankenpflege ansprechen. Die sechs nun folgenden Rednerinnen und Redner wollen ihre Beiträge als Einheit und damit als abgestimmte Stellungnahme der gesamten Liga der freien Wohlfahrtspflege verstanden wissen.

(Der Redner begleitet seinen Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 3*.)

Nun zu meinem Thema der Familienpflege bzw. Haushaltshilfe nach SGB V: Haushaltshilfe nach SGB V kommt ausschließlich zum Einsatz, wenn Kinder unter zwölf Jahren im Haushalt leben und die haushaltsführende Person – nach wie vor meistens die Mutter – erkrankt ist. Typische Einsatzgründe sind beispielsweise die psychische Erkrankung der Mutter, eine Krebserkrankung oder Einsätze in Familien mit frühgeborenen Kindern oder Mehrlingsgeburten. Typisch ist außerdem, dass die Dienste der Familienpflege in ihren Einsätzen häufig auf komplexe, mehrfach belastete Familiensysteme treffen.

Familien versuchen in der Regel, zunächst ihre eigenen Ressourcen zu nutzen, bevor sie weitere Hilfen in Anspruch nehmen. Das legt den Schluss nahe, dass die professionellen Dienste Hilfen für solche Familien erbringen, deren eigene Kräfte erschöpft sind. Deshalb wird vorrangig mit Fachkräften gearbeitet. Dies ist auch von den Krankenkassen gewünscht.

Für die Familienpflege tritt der Bereich der Jugendhilfe in den letzten Jahren mehr in den Blick. Die Anzahl der Einsätze hat sich beispielsweise im Dorfhelferinnenwerk Sölden, einem der größten Anbieter in Baden-Württemberg, in den letzten sechs Jahren verfünffacht. Dies liegt u. a. daran, dass zunehmend die Jugendhilfe einspringen muss, wenn die Krankenkassen einen Einsatz nicht mehr finanzieren.

Oftmals wird argumentiert, dass die Haushaltshilfe eine versicherungsfremde Leistung sei und ganz in die Jugendhilfe gehöre. Allerdings ist der überwiegende Einsatzgrund eine Krankheit. Hier ist die Haushaltshilfe als begleitende Maßnahme notwendig, um den Genesungsprozess zu unterstützen, und somit Krankenkassenleistung.

Auf dieser Folie sehen Sie die Verteilung der Einsatzgründe im Jahr 2014, bezogen auf das Dorfhelferinnenwerk Sölden, mit 257 631 Einsatzstunden.

Ein Beispiel aus der Praxis: Die alleinerziehende Mutter leidet an einer psychischen Erkrankung und wird in die Klinik eingewiesen. In dem Haushalt leben vier Kinder. Als die Familienpflegerin eintrifft, ist weder Essen noch Geld vorhanden.

Ein anderes Beispiel: Die Mutter leidet an Brustkrebs. Sie ist zu Hause, aber sehr schwach. Der Vater arbeitet Schicht. Die Familienpflegerin „schichtet“ dann mit. Es sind

zwei kleine Kinder da. Eine zusätzliche Belastung stellt dar, dass eines eine schwere Hirnhautentzündung hatte.

Ein drittes Beispiel: Nach einer Hüftoperation ist die alleinerziehende Mutter wieder zu Hause und braucht Unterstützung bei den zwei und fünf Jahre alten Kindern.

Die letzten zwei Beispiele aus der Praxis zeigen: Familienpflege braucht es auch dann, wenn die Mutter wieder zu Hause ist. Bei ambulanter Behandlung müssen die Kassen keine Haushaltshilfe gewähren. Im Rahmen ihrer Satzungsleistungen – die bei den Kassen unterschiedlich sind – sollten sie das aber tun. Diese Leistungen gewinnen seit Jahren an Bedeutung, weil eine zunehmende Anzahl leistungsauslösender Behandlungen nicht mehr stationär, sondern ambulant durchgeführt wird. Ein klassisches Beispiel ist die Chemotherapie bei Krebserkrankungen, bei der mitunter argumentiert bzw. dargelegt werden muss, dass die Erkrankung akut und schwer ist, damit die Kasse eine Familienhilfe gewährt. Es liegen zahlreiche Beispiele vor, bei denen die Krankenkassen bei nicht stationär behandelten fortgeschrittenen Krebserkrankungen die Kostenübernahme für Haushaltshilfen ablehnen, weil es sich hierbei um eine chronische Erkrankung handle, für welche die Satzung keine Leistung vorsehe.

Zum gerade verabschiedeten Versorgungsstärkungsgesetz hatte der Bundesrat diese Forderung eingebracht, die leider nicht in das Gesetz übernommen worden ist.

Die Bewilligungspraxis der Krankenkassen sieht für Familien aktuell nur in Ausnahmefällen einen Ganztageinsatz vor. Hinzu kommt, dass die Einsätze nicht zwangsläufig am Stück erbracht, sondern zunehmend in zwei Schichten geteilt werden. Der Anteil der Einsätze in Zeitfenstern unter vier Stunden hat sich in den letzten sieben Jahren verdoppelt.

Werden Tarifsteigerungen weiterhin nicht vollständig refinanziert, können die Dienste von Caritas und Diakonie, die ja die Hauptanbieter der Familienpflege in Baden-Württemberg sind, auf lange Sicht keine Haushaltshilfen mehr anbieten, wird dieser Dienst immer mehr zurückgehen.

In erster Linie richtet sich die Forderung der Refinanzierung der Tarifsteigerung an die Adresse der Krankenkassen. Die langjährige Forderung nach Einführung eines Schiedsverfahrens analog zur häuslichen Krankenpflege wird mit dem gerade verabschiedeten Versorgungsstärkungsgesetz umgesetzt. Das ist für uns eine erfreuliche Tatsache.

Bedauerlicherweise wurde der von den Gerichten bestätigte und im SGB XI verankerte Grundsatz, Tarife und Tarifbindungen eines Leistungserbringers stets als wirtschaftlich anzuerkennen, nicht in das SGB V übernommen.

Baden-Württemberg ist eines der wenigen Bundesländer, das auf ein nahezu flächendeckendes Netz an Familienpflegediensten zurückgreifen kann. Allerdings verzeichnen wir einen Rückgang der Dienste um ca. 20 % in den letzten zehn Jahren. Deutlich wurde bei der Abfrage unserer Träger, dass der Anteil der Vollzeitstellen um fast die Hälfte, nämlich um 46 %, gesunken ist. Gestiegen, allerdings nicht im gleichen Maß, ist die Anzahl an Teilzeitbeschäftigten, was auch aus dem veränderten Leistungserbringungs-geschehen resultiert.

In Baden-Württemberg, das als familienstarkes Bundesland gilt, gibt es im Rahmen der Förderung der ambulanten Dienste seit Jahren eine stagnierende Förderung der Familienpflege. Nur durch die überwiegend kirchlichen und kommunalen Zuschüsse – ich habe das bereits in einer vorausgehenden Anhörung deutlicher dargelegt – kann das Angebot aufrechterhalten werden. Es braucht die Anstrengung aller Beteiligten, um weiterhin eine verlässliche, qualifizierte Versorgung zu sichern.

Ich danke Ihnen sehr.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herzlichen Dank, Herr Monsignore Appel. – Von der Caritas jetzt zur Diakonie, vertreten durch Eva-Maria Armbruster. Sie ist stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Diakonischen Werkes Württemberg.

Sv. Frau Armbruster: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren Abgeordneten, sehr geehrte Zuhörerinnen und Zuhörer! Ich möchte in diesem Reigen der Liga-Statements auf die Weiterentwicklungsperspektiven und auf die Finanzierung der stationären Pflege eingehen.

Über 98 000 Pflegeplätze in ca. 1 400 Heimen bilden ein gutes, fast flächendeckendes, weitgehend wohnortnahes Netz für Menschen, die zu Hause nicht mehr versorgt werden können. Mit 90 000 Beschäftigten ist die stationäre Pflege auch wirtschaftlich ein bedeutender Faktor. Diese gute Situation ist das Ergebnis von fast zwei Jahrzehnten konsequenter Förderung dieser Pflegeinfrastruktur durch das Land und die Kommunen.

Viele unserer Heime sind in das Gemeinwesen und die Quartiere integriert und haben großartige ehrenamtliche Unterstützung gewonnen: Hospizgruppen, Heimbeiräte, Begegnungscafés usw., häufig als offene Angebote für ihr Umfeld.

Allein in den Häusern der Diakonie Württemberg engagieren sich Tausende Freiwillige, Bürgerinnen und Bürger, die das Heim und seine Bewohner in ihre Mitte nehmen. Das Rückgrat für dieses Engagement bildet eine professionelle Koordination und Begleitung. Wir haben es einmal berechnet: In einem Haus bei uns sind dafür etwa elf Stunden pro Woche erforderlich. Alles Engagement stößt aber an seine Grenzen, wenn wir die professionellen Strukturen nicht zu einem durchlässigen und leicht verfügbaren Baukas-

tensystem von Hilfen in jeder Bedarfssituation weiterentwickeln. Stationäres Wohnen ist ein wichtiger Teil einer Versorgungskette und eben nicht nur eine letzte Station.

Warum sollte ein Heim nicht auch ein Informations-, Beratungs- und Kompetenzzentrum für Pflegebedürftige und Angehörige sein, zumal in kleineren Gemeinden oder im Quartier? Dazu muss eine Einrichtung aber die oft starren leistungs- und ordnungsrechtlichen Grenzen überwinden können.

Stationäre Pflege hat Potenzial. Aber – ich sage es in aller Deutlichkeit – Weiterentwicklung ist nur mit einer stabilen Finanzierung machbar.

Ob Lohnkosten oder neue Sicherheitsvorschriften – alle Kosten steigen, auch im Heim. Freigemeinnützige Träger haben Kostensteigerungen stets durch Rationalisierungen abgefangen. Letztlich bleibt jedoch nur, höhere Kosten an die Bewohner weiterzugeben.

Aber die Zuschüsse der Pflegeversicherung steigen seit 20 Jahren kaum. Der Eigenanteil für Betroffene erhöht sich also laufend. Wer heute im Pflegeheim wohnt, erhält für das Geld der Pflegeversicherung nur etwa 70 % der Leistungen von vor 20 Jahren – ein enormer Kaufkraftverlust. Die Pflegeversicherung stagniert, die Heimbewohner tragen die Folgen. Der Anteil der Sozialhilfeempfänger bei uns liegt wieder auf der 30%-Marke.

Wir müssen uns auf Bundesebene für eine deutliche Anhebung dieser Zuschüsse starkmachen. Für die Stabilisierung der stationären Pflege können wir aber auch hier im Land etwas tun.

Zunächst zur Pflege: 125 Minuten pro Bewohner und Tag, das ist der Bedarfseckwert, auf den sich Kostenträger und Leistungserbringer 1989 geeinigt hatten. Er gilt noch immer, trotz des gravierend veränderten Bedarfs. Die Träger und ihre Mitarbeitenden kompensieren diese Schere, die sich auftut. Ich nenne nur Stichworte:

Erstens: In den Heimen leben mehr Menschen mit Mehrfacherkrankungen, oft nur sehr kurz. Sie brauchen aber eine intensive Begleitung und Pflege und auch mehr Behandlungspflege. Diese Behandlungspflege wird nicht nach SGB V bezahlt; sie ist in der Pflegevergütung enthalten und schmälert die Spielräume.

Zweitens: Höhere Ansprüche an die Qualität, z. B. auch in palliativen Situationen, machen Pflege zu einer fachlich anspruchsvolleren Tätigkeit. Heute brauchen wir dafür mehr Hände u n d mehr kundige Köpfe.

Drittens: Gute und motivierte Mitarbeitende erwarten zu Recht gute Arbeitsbedingungen, eine gute Bezahlung, verlässliche Tarife sowie eine gute Aus-, Fort- und Weiterbil-

dung. Arbeitgeber, zumal in der freien Wohlfahrtspflege, müssen auch künftig an dieser Linie festhalten können.

All dies waren Gründe dafür, dass die Verbände der Leistungserbringer die seit 2002 geltenden Personalschlüssel in der einschlägigen Rahmenvereinbarung über die vollstationäre Pflege in Baden-Württemberg aufgekündigt haben und höhere Personalschlüssel fordern.

In über 14 Monate dauernden Verhandlungen haben beide Seiten kein Ergebnis erzielt. Mit Ernüchterung mussten wir feststellen, dass unsere begründeten Forderungen nicht akzeptiert wurden. Die Vorstellungen der beiden Seiten über eine auskömmliche Finanzierung liegen so weit auseinander, dass eine Einigung nicht möglich war.

Zum Zweiten zu den Investitionen in bauliche Infrastruktur: Seit dem Wegfall der Förderung im Jahr 2010 tragen die Bewohner die Kosten für die Investitionen über den Pflegesatz allein. Die Umsetzung der Landesheimbauverordnung wird zu neuen Steigerungen führen. Wir werden außerdem eine Diskrepanz zwischen geförderten und nicht geförderten Plätzen und damit unterschiedliche Pflegesätze für Bewohner im selben Heim bekommen.

Zusätzlich gibt es seit Jahren ungelöste Probleme der Träger bei der Refinanzierung von Investitionen. Um überhaupt bauen zu können, brauchen die Träger Kredite. Weil Eckpunkte der Kalkulation mit dem Leistungsträger nicht geeint sind, gibt es von dort keine Kostenzusage. Diese brauchen sie aber wiederum für die Banken – altbekannte Probleme.

Was wir deshalb schnell brauchen:

Erstens: Für ursprünglich geförderte Heime muss der Investitionskostensatz nach 25 Jahren neu berechnet werden können.

Zweitens: Ein Mindestinvestitionskostensatz als Leitplanke muss vom KVJS vorab zugesichert werden.

Drittens: Das Sozialministerium muss festlegen, dass bei Erweiterung der Platzzahl in ursprünglich geförderten Heimen ein Mischpflegesatz möglich ist.

Viertens: Das Sozialministerium muss sich beim KVJS dafür einsetzen, dass die Vorgaben für die Richtwerte „Kosten pro Platz“ und „Raumbedarf pro Platz“ an die heutige Realität angepasst werden.

Fünftens: Die Eckpunkte der Investitionskalkulation müssen mit Unterstützung des Sozialministeriums zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern geeint werden.

Wir sind momentan zuversichtlich, dass aufgrund eines gemeinsam gewachsenen Willens, die Heimbauverordnung umzusetzen, Bewegung in die seit Jahren stagnierenden Verhandlungen kommt.

Mein Fazit: Stationäre Pflege brauchen wir auch künftig. Deshalb müssen wir hier in die erhaltenswerte Infrastruktur, in qualifiziertes und motiviertes Personal, in die Gemeinwesenorientierung und in eine gute bauliche Umgebung investieren.

Was ist uns gute stationäre Versorgung wert? Das ist die entscheidende Frage. Das Dilemma zwischen hohem Anspruch und knappen Ressourcen ist nur zu lösen, wenn wir gemeinsam definieren, was „gute Pflege“ heißt, und wenn wir dann für diese Finanzierung konsequent und gemeinsam einstehen.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Wir kommen nun zur Israelitischen Religionsgemeinschaft, zu Herrn Werner Meier. Er vertritt die Israelitische Religionsgemeinschaft Württemberg und Baden.

Sv. Herr Meier: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Mein Thema ist heute die interkulturelle und kultursensible Pflege. Die Notwendigkeit einer interkulturellen und kultursensiblen Altenpflege ist angesichts der demografischen Entwicklung mittlerweile unbestreitbar. Die Institutionen der Altenpflege und Altenarbeit stehen schon seit Jahren vor den Herausforderungen, den Anspruch hier alt gewordener Migrantinnen und Migranten auf Beratung, Betreuung, Pflege sicherzustellen und Versorgungsdefizite abzubauen.

In Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ist in den letzten Jahren der Anteil der Patienten und Bewohner, die aus anderen Kulturkreisen kommen, stark gewachsen. Dies begründet sich aus der Altersstruktur der Gesellschaft, wie es auch allgemein bekannt ist.

Der größte Teil der Migranten kam Mitte der Fünfzigerjahre bis Anfang der Siebzigerjahre als sogenannte Gastarbeiter nach Deutschland, aus denen dann sukzessive Migranten geworden sind. Hinzu kamen dann weitere Gruppen von Zuwanderern, wie z. B. bleibeberechtigte Flüchtlinge, die Gruppe der Spätaussiedler, die schon kurz erwähnt wurde, und seit Anfang der Neunzigerjahre auch die Gruppe der jüdischen Migranten aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion mit einem sehr hohen Anteil an älteren Migranten und zum Teil auch einem sehr hohen Anteil an traumatisierten Menschen.

Die Pflege dieser Menschen stellt für das Pflegepersonal eine große Herausforderung dar, da oftmals ein Unverständnis für fremde Kulturen vorliegt, und zwar beiderseits.

Einen Patienten oder Bewohner unter Berücksichtigung seines kulturellen Hintergrunds zu pflegen erfordert ein hohes Maß an sozialer Kompetenz und Toleranz gegenüber dem Unbekannten und dem Neuen. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor und zeigt der Pflegende wenig Interesse an den Besonderheiten und der Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse des Patienten oder Bewohners, so entstehen schnell Missverständnisse, welche den Prozess der Genesung, der Pflege an sich oder den Aufenthalt nachhaltig behindern. Migranten verstehen dies oft als Diskriminierung.

Ein zentrales Thema ist hierbei und auch generell die patientenorientierte Pflege. Fehlende Rücksichtnahme auf kulturelle und religiöse Unterschiede ist oft keine Frage mangelnder Integration, sondern Ausdruck einer Pflege, die sich von Menschen und Menschlichkeit entfernt und oftmals allein ökonomischen Zwängen unterliegt.

Eine allgemein verbindliche Anleitung zur kultursensiblen Pflege kann nicht gegeben werden. Hier sind die Qualität der Aus- und Weiterbildung, die fachliche und soziale Kompetenz, die Eigenverantwortung und die Toleranz der Pflegenden gefragt.

Es ist sehr wichtig, zwischen Kultur, Religion und Nationalität zu unterscheiden. Aber nicht jeder in der Türkei Geborene ist automatisch ein Moslem. Nicht jeder Moslem lebt automatisch streng nach dem Koran. Nicht jeder Jude lebt koscher und verlangt nach koscherer Verpflegung, wie auch nicht jeder Patient, Bewohner eines Pflegeheims, der als Konfession „katholisch“ angibt, sonntags um 9 Uhr in die Kapelle zum Gottesdienst geschleppt werden möchte.

Oftmals verschwinden diese Grenzen gerade zwischen Religionen und Kultur. Viele der als religiös angesehenen Unterschiede stellen sich jedoch bei näherer Betrachtung als Traditionen bzw. Gewohnheiten kultureller Natur heraus, wobei sich dann die Frage stellt, warum Unterschiede zwischen Kultur, Religion, Tradition und Gewohnheiten zu machen sind.

Am Anfang steht oftmals Unsicherheit auf beiden Seiten. Die zu Pflegenden kennen sich in der deutschen Pflegewelt nicht aus und haben keine oder nur wenige Kenntnisse über Abläufe und Leistungen. Die Sprache stellt häufig eine Barriere dar. Aber auch die Übertragung der Situationen in Pflegeeinrichtungen der Heimatländer erweist sich oft als ein Problem, Pflegeleistungen hier in Anspruch nehmen zu wollen. Hier liegen vielfach die Gründe für Scheu und Angst, die viele Migranten vor Pflegeheimen haben. Wenn es irgendwie geht, wünschen z. B. jüdische Migranten aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion auch als Schwerstpflegefälle häusliche Pflege im vertrauten sozialen Umfeld und möglichst in Quartiersnähe.

Aufgrund dieser Nachfrage haben sich in Baden-Württemberg, speziell in Stuttgart, schon mehrere jüdische und russische Pflegedienste gegründet, die sich besonders der häuslichen Pflege jüdischer und russischsprachiger Migranten annehmen. Nicht selten stoßen diese Pflegedienste jedoch bei der Umsetzung der interkulturellen Pflege auf einige systemische Hindernisse des deutschen Pflegesystems.

Dabei muss man erst einmal wissen: Ein Großteil der Migranten erhält Pflegeleistungen nach SGB XII – das heißt, die Sozialämter sind zuständig –, da die Voraussetzungen nach SGB XI in der Regel aufgrund der Arbeitsbiografie nicht vorliegen. Das hat sowohl Vor- als auch Nachteile.

Über die 24-Stunden-Pflege ist schon berichtet worden. Wir befürworten eine 24-Stunden-Betreuung. Auch wir sehen die Probleme bezüglich der Ausbeutungsverhältnisse, gerade mit osteuropäischen Pflegenden, die in diesem Bereich stark im Einsatz sind. Grundsätzlich ist für Migranten eine muttersprachliche Betreuung eine extrem notwendige Sache. Von daher ist eine 24-Stunden-Betreuung gerade auch bei Pflegebedürftigen mit starker Behinderung eine sinnvolle Sache.

Einen Aspekt möchte ich noch erwähnen, nämlich das persönliche Budget. Hierbei tun sich offensichtlich die Sozialämter in Baden-Württemberg besonders schwer. Es gibt ja die Empfehlungen des KVJS. Es wäre eine große Hilfe, wenn auch die Sozialämter die Empfehlungen mit den Pauschalsätzen des KVJS endlich akzeptieren und nicht immer sehr kleinlich über behindertenbedingte und nicht behindertenbedingte Bedarfe streiten würden, die in der Regel zum Nachteil der Behinderten ausfallen, die auch nicht in der Lage sind, sich ohne Hilfe gegen die Linie der Sozialämter durchzusetzen.

Mehrkosten einer kultursensiblen Pflege, wie sie z. B. durch koscheres Essen bei Juden auftreten können, werden von den Sozialämtern nach SGB XII leider auch nicht berücksichtigt, da dies im SGB XII einfach nicht vorgesehen ist. Auch da wären wir über eine Änderung sehr dankbar.

Zum Schluss möchte ich noch auf ein vielleicht Randthema, aber ein doch wichtiges Thema eingehen, und zwar traumatisierte Pflegebedürftige, die aus dem Bereich der Flüchtlinge kommen, die in der Regel Kriegsflüchtlinge sind, angefangen in den Siebzigerjahren in Chile bis hin zu den aktuell ankommenden Personen und auch bei vielen jüdischen Migranten, bei denen wir noch eine hohe Zahl von KZ- und Gettoüberlebenden hier haben, die im Grunde eine Therapie benötigen. Eine Therapie ist grundsätzlich möglich, weil sie ein Bleiberecht haben und unter die Bestimmungen der gesetzlichen Krankenkasse fallen.

Nur gibt es keine entsprechenden Therapeuten mit Kassenzulassung. Das heißt nicht, dass es keine Therapeuten gibt. Es gibt qualifizierte Traumatherapeuten, die auch aus dem Bereich der Zuwanderung kommen, die aber leider keine Kassenzulassung haben, die z. B. gut genug waren, vor fünf Jahren in Winnenden zum Einsatz zu kommen, aber offensichtlich nicht gut genug sind, für Flüchtlinge eine Traumatherapie finanziert zu bekommen.

Zusammenfassend möchte ich sagen, dass das soziale Lebensumfeld der Pflegebedürftigen in besonderer Weise stärker berücksichtigt werden müsste, um auch im Bereich der Migranten eine angemessene Pflege sicherzustellen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herzlichen Dank, Herr Meier. – Wir kommen nun zum Zentralrat der Muslime Baden-Württemberg, vertreten durch das Vorstandsmitglied Dr. Ferid Kugic.

Sv. Herr Dr. Kugic: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Mitglieder des Landtags, meine Damen und Herren! In Anbetracht des rapiden demografischen Wandels in Deutschland und der Umkehr der Alterspyramide ist unsere Gesellschaft zunehmend mit dem Thema Pflege konfrontiert und dadurch herausgefordert. Zusätzlich kommen bei Migranten Faktoren wie die kulturellen Unterschiede, Sprachbarrieren und religions-spezifische Themen hinzu, was weitere Anforderungen an die Kompetenz des Pflegedienstes stellt.

Pflege im Alter: Alter ist keine Schande, sondern ein Lebensabschnitt, dem Ehre gebührt. So wurden die früheren Generationen erzogen, und so wurde in diesem Sinn praktiziert. Die alten Menschen müssen einen angemessenen und würdigen Platz in der Gesellschaft haben. Die jüngeren Generationen sollen durch Erziehung und Aufklärung zu Respekt und Verständnis erzogen werden.

Die Dreigenerationenfamilien existieren kaum oder gar nicht mehr. Die alternden Menschen sind zunehmend sich selbst überlassen und auf die Allgemeinheit angewiesen. In vielen Fällen leben die älteren Menschen allein im Haushalt. Besonders im Krankheitsfall, im Falle der Erkrankung des Zentralnervensystems, der körperlichen und geistigen Behinderung tritt der Pflegefall ein.

Das Altern kann man weder verhindern noch aufhalten; das ist ein Lebensprozess. Dank der adäquaten medizinischen Versorgung und lebensverlängernden Maßnahmen hat sich die Lebenserwartung der Menschen enorm verlängert, nämlich um 30 Jahre in den letzten 100 Jahren. Dabei bleibt jedoch manchmal die Lebensqualität auf der Strecke.

Nicht nur alte und kranke Menschen fallen der Gesellschaft „zur Last“. Es gibt unzählige Beispiele von jungen Menschen, die pflegebedürftig sind, sei es durch eine angeborene Behinderung oder durch Unfälle verursachte Verletzungen.

Pflegekräfte: Wissen und Können, also Kompetenz ist gefragt. Die Ausbildung der Pflegekräfte im medizinischen Sinn, in Psychologie und Ethik ist Grundvoraussetzung zur Ausübung dieses ehrenwerten Berufs. Zunehmend sind auch interkulturelle und interreligiöse Kompetenzen und Fremdsprachen gefragt.

Die Pflegebedürftigen sollen in der Pflegekraft eine Vertrauensperson in allen Bereichen erkennen. Das kann die Pflegekraft durch Zuwendung, Korrektheit, fachliche Kompetenz und Engagement erreichen. Die Pflegekraft soll dem „Klienten“ ein Gefühl der hohen Wertung des Lebens und der Liebe vermitteln, dem Patienten die Lebenskraft und den Lebenswillen stärken sowie gute Aussichten zur Besserung und Heilung durch ständige Ermunterung übermitteln.

Pflege in der Familie: Die beste und liebevollste Pflege wäre in der eigenen Familie durch Kinder oder Enkelkinder, aber auch die Verwandtschaft. Familienmitglieder können mehr Rücksicht füreinander aufbringen, auch wenn das nicht immer einfach ist. Die Pflege durch Familienmitglieder ist heute ein Luxus und zurzeit nur in seltenen Fällen möglich. Dafür müssen organisatorische und finanzielle Unterstützungen für die Pflege in der Familie geschaffen werden. Bis es so weit ist, müssen externe, unbekannte Personen zur Pflege herangezogen werden, teilweise sogar aus dem Ausland, wie es schon jetzt der Fall ist.

In den Pflege-, Alters- und Seniorenheimen sowie anderen Einrichtungen ist das Personalproblem durch Dauerbeschäftigte gelöst. Die häusliche Pflege verlangt besonders ausgebildete Kräfte, besonderes Engagement und einen rücksichtsvollen Umgang, aber manchmal auch viel Improvisation.

Bei einer fortgeschrittenen Pflegebedürftigkeit – z. B. in der dritten Stufe –, bei der eine 24-stündige Präsenz erforderlich ist, wäre es angebracht, die Pflegekraft in der Wohnung, im Haus des zu Pflegenden wohnen zu lassen. Dafür müssten zu Hause alle notwendigen Voraussetzungen – Equipment, Umbauten für Barrierefreiheit – geschaffen werden, damit die Pflege angemessen und lege artis durchgeführt werden kann.

Auch ein Wechsel der Pflegekräfte in bestimmten Intervallen – beispielsweise alle drei bis sechs Monate – wäre zu bejahen. Aus Mangel des bisherigen Potenzials wäre der Einsatz von Pflegekräften aus dem Ausland für eine bestimmte Zeit auch für besonders kultursensible Patienten sinnvoll.

Muslimische Pflegebedürftige: Die erste Generation der Zuwanderer aus muslimischen Ländern ist bereits im Ruhestand. Viele sind in ihre Heimatländer zurückgekehrt. Ein großer Teil ist jedoch aus verschiedenen Gründen hiergeblieben. Die bessere ärztliche Versorgung, die finanzielle Situation, die Nähe zu den Kindern oder kein Bezug mehr zum Herkunftsland sind die Gründe hierfür.

Die zweite Generation dieser Zuwanderer denkt nicht an Rückkehr, weil Deutschland schon immer ihre Heimat war und bleibt. Diese Gruppe, obwohl noch mit Kultur, Sitten, Religion und Sprache des Heimatlands der Eltern behaftet, fühlt sich als Deutsche und wird hier den Lebensabend verbringen.

Die kulturellen und religiösen Gegebenheiten müssen bei der Pflege berücksichtigt werden. Die Tatsache, dass viele Muslime ihre Religion praktizieren und das Leben und den Tod von Gott gegeben ansehen, aber auch die Krankheit als Schicksal von Gott vorherbestimmt sehen, sollte die Pflegekraft respektieren.

Für einen gläubigen Muslim ist es wichtig, dass auch die Pflegekraft gläubig ist. Die Pflegekraft muss nicht unbedingt ein Muslim sein, sollte aber im Umgang mit dem muslimischen Patienten den notwendigen Respekt seinem Glauben gegenüber erweisen und darf seine Religion nicht abwerten.

Geschlechterspezifische oder genderspezifische Pflege: Die Muslime haben ein ausgeprägtes Schamgefühl. Aber auch vielen Christen ist es lieber, wenn ein Mann von einem Mann oder eine Frau von einer weiblichen Kraft gepflegt wird. Bei Muslimen ist das aber die Regel und obligat. Viele Muslimas lassen sich gynäkologisch nur von einer Frau untersuchen.

Sprachbarrieren können enorme Probleme und Missverständnisse verursachen. Deswegen ist bei der Zuteilung einer Pflegekraft die Sprachkompetenz ebenfalls zu berücksichtigen.

Zusammenarbeit Pflegekraft, Hausarzt, Krankenhaus, Vernetzung der Beteiligten: Um den Patienten optimal zu versorgen, ist ein ständiger Kontakt mit dem Hausarzt notwendig. Der Hausarzt muss von der pflegenden Kraft über den Zustand des Patienten informiert werden. Dieser macht bei Bedarf Hausbesuche, ändert die Medikation und verordnet neue Medikamente.

Bei akuter Verschlechterung und lebensbedrohlichen Zuständen besteht die Notwendigkeit zur Klinikeinweisung. Nach der Entlassung aus der Klinik muss die Pflegekraft detailliert über den Patienten informiert werden. Die Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst ist ebenso notwendig und kann in bestimmten Fällen sehr hilfreich sein.

Das Thema Finanzierung überspringe ich, weil die Zeit läuft.

Die Rolle der islamischen Religionsgemeinschaften: Bis jetzt spielen die islamischen Religionsgemeinschaften bei der Pflege keine bedeutende Rolle, bis auf einige Ausnahmen von privaten Firmen, die kultursensible Pflegedienste anbieten. Aus den oben bereits ausgeführten Gründen rückt das Thema zunehmend auf die Agenda der islamischen Religionsgemeinschaften. So ist der Schwerpunkt der aktuellen Deutschen Islamkonferenz die muslimische Wohlfahrtspflege.

Eine Institutionalisierung und ein Angebot der Wohlfahrtspflege durch die islamischen Religionsgemeinschaften sind langfristig unumgänglich. Dafür müssen die gesetzlichen und finanziellen Voraussetzungen geschaffen werden. Bis dahin jedoch sollten in den vorhandenen Einrichtungen die Gegebenheiten für eine kultur- und religionsensible

Pflege geschaffen werden, die auch den Bedürfnissen der muslimischen Pflege gerecht werden. Dabei könnten islamische Religionsgemeinschaften und Kirchen auf diesem Gebiet zusammenarbeiten und voneinander lernen. Davon würden die Gesellschaft und unser Land insgesamt profitieren.

Wir, die islamischen Religionsgemeinschaften, sind bereit, für unseren Teil Verantwortung zu übernehmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herzlichen Dank für alle Statements in diesem Block. – Wir kommen nun zur Fragerunde. Frau Dr. Engeser.

Abg. Dr. Marianne Engeser CDU: Herr Vorsitzender! Meine Frage geht zunächst an Frau Armbruster. Sie haben die Investitionskostenrefinanzierung angesprochen. Das ist ein Thema, mit dem wir immer und immer wieder konfrontiert werden. Wo sehen Sie einen adäquaten Lösungsansatz in dem Konflikt, den Sie beschrieben haben? Bedarf es dazu einer Rechtsverordnung, oder sehen Sie da ein Licht am Horizont?

Bezüglich der kultursensiblen Pflege möchte ich an beide Herren die Frage stellen, ob Sie nicht eine Chance darin sehen, die kultursensible Pflege besser zu realisieren, wenn auch junge Menschen, junge Männer und junge Frauen, mit dem entsprechenden Migrations- bzw. Familienhintergrund Pflegeberufe ergreifen und dann darin tätig sind.

Danke schön.

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Ich habe Fragen an Frau Armbruster und Herrn Meier. Frau Armbruster, Sie haben ein starkes Plädoyer für den Erhalt der stationären Pflege gehalten und haben dabei von erhaltenswerten Strukturen gesprochen. Ich würde gern von Ihnen noch erklärt bekommen: Was heißt „erhaltenswerte Strukturen“? Das ist das eine.

Das Zweite: Sie haben die strengen Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und da auch die Finanzierung angesprochen. Welche Initiativen wären notwendig, um diese Grenzen aufzubrechen? Sehen Sie in der Verzahnung von stationären Strukturen und ambulanten Angeboten eine Perspektive auch für stationäre Einrichtungen?

An Herrn Meier habe ich die Frage: Sie sprechen von der muttersprachlichen Betreuung und davon, dass sie ganz zentral ist. Dazu möchte ich von Ihnen gern wissen: Was glauben Sie, welche Strukturen sind besonders sinnvoll, um das Ziel einer muttersprachlichen Betreuung zu gewährleisten?

Abg. Rainer Hinderer SPD: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Zunächst eine Frage zur kultursensiblen Pflege an Herrn Meier und Herrn Kugic. Ich denke, wir sind uns darüber einig, dass die langfristige Zielperspektive, wie in allen anderen Lebensbereichen, auch im stationären Bereich die Umsetzung inklusiver Einrichtungen sein muss. Im mobilen Dienst gibt es ja schon Spezialangebote, beispielsweise von muslimischen Pflegediensten. Sehen Sie es auf dem Weg hin zu inklusiven Einrichtungen als erforderlich an, wie wir es z. B. bei einer Reise nach Holland gesehen haben, dass kulturelle Einrichtungen im stationären Bereich nur für jüdische, israelitische Glaubensangehörige oder für muslimische Glaubensangehörige eingerichtet werden? Sollte das vorangetrieben und gefördert werden?

Noch eine Frage zu der Forderung eines muslimischen Wohlfahrtsverbands als Körperschaft des öffentlichen Rechts, was mir unter sozialpolitischen Gesichtspunkten sicherlich wertvoll erscheint: Wie weit sind da die Verbände in der muslimischen Welt, sage ich einmal – unterschiedliche Länder, Moscheevereine und Kulturvereine –, dass da eine Einigung besteht, damit wir das auch politisch vorantreiben können?

Dann Fragen zum Thema Pflegebedürftigkeitsbegriff an Frau Armbruster und auch an Herrn Appel. Frau Armbruster, Sie haben in Ihrer schriftlichen Vorlage ein sektorenübergreifendes Baukastensystem vorgeschlagen. Das ist nun nicht das, was wir mit den fünf Pflegegraden erwarten dürfen. Könnten Sie trotzdem eine Bewertung zu den fünf Pflegegraden abgeben?

An Sie beide aus aktuellem Anlass noch eine Frage. Sie haben jetzt nichts dazu gesagt, aber Sie vertreten ja mit Diakonie und Caritas auch eine Vielzahl an stationären Einrichtungen, eine Vielzahl an Mitarbeitenden und auch an Krankenpflege- und Altenpflegesschulen. Wir alle bekommen gerade sehr viele Mails – wenig Aufwand, große Wirkung. Der bpa mobilisiert die Mitarbeitenden gegen die generalistische Ausbildung. Insofern die Frage an Ihre Verbände, inwieweit Sie eine Stellungnahme zum Thema Generalistik abgeben möchten.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Ich habe eine Frage an Frau Armbruster und an Herrn Monsignore Appel. Diakonie und Caritas sind ja sehr stark bei stationären Pflegeeinrichtungen, auch in der Familienpflege und in der häuslichen Pflege sowie in den Pflegediensten engagiert. Mich würde das Thema „Ambulant betreute Wohngemeinschaften“ interessieren. Ist das für Diakonie und Caritas ein Thema, das Sie aktiv angehen in der Vielfalt unserer Angebote, oder wo sehen Sie da mögliche Schwierigkeiten im Bereich des WTPG?

Dann eine Frage an Herrn Meier. Sie haben erläutert, allgemein verbindliche Anleitungen könnten zur kultursensiblen Pflege nicht gegeben werden. Das alles war mir jetzt ein bisschen recht vage. Wenn ich Sie richtig verstehe, ist es aus Sicht der Israelitischen Religionsgemeinschaft kein Problem, in den bestehenden Strukturen im Alter adäquat versorgt zu werden. Das hätte ich gern einmal gehört.

Herr Dr. Kugic hat zwei Aussagen gemacht, bei denen ich einhaken möchte. Sie haben gesagt, für einen gläubigen Muslim sei es wichtig, dass auch die Pflegekraft gläubig sei. Dann haben Sie die genderspezifische Pflege angesprochen, dass eine männliche Pflegekraft notwendig sei, um einen männlichen Pflegebedürftigen zu pflegen. Das würde natürlich ganz und gar nicht in die bestehenden Strukturen passen. Dann bräuhete man beispielsweise immer die doppelte Anzahl an Nachtpflegekräften. Das würde doch heißen – dazu würde ich gern Ihre Stellungnahme hören –, dass wir für muslimische Pflegebedürftige eigene Strukturen brauchen. Da ist die Frage: Was können Sie dafür tun, dass wir das aufbauen? Denn es wird richtig schwierig werden, das in die bestehenden Strukturen einzubringen.

Michael Wipp, externes Mitglied: Frau Armbruster, Sie hatten die Professionalisierung der Strukturen angesprochen. Meine Frage geht in die ähnliche Richtung wie die Frage von Frau Mielich nach der Durchlässigkeit des Systems. Es ist ja im heutigen Sinn im Interesse, in der Bedarfslage von pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen, ambulante und stationäre Angebote vernetzt aus einer Hand zu erbringen. Dem steht natürlich die Pflegeversicherung mit ihren Leistungen eigentlich entgegen, weil sie sehr stark zwischen ambulant und stationär trennt. Wir haben es heute schon gehört: Auch das WTPG unterstützt das nicht gerade. Auch da gibt es diese Trennung. Was müsste aus Ihrer Sicht getan werden, damit diese Strukturen wirklich im Sinne der Menschen durchlässig sind und aus einer Hand erbracht werden können? Das ist die eine Frage.

Dann haben Sie die bedarfsgerechte Pflege angesprochen. Ich behauptete einmal, die Pflegemitarbeiter bundesweit wären froh, sie hätten 125 Minuten für die Pflege am Tag pro Bewohner zur Verfügung. Ich kann das rechnerisch leicht belegen: Das gibt es in Baden-Württemberg maximal in der Pflegestufe III. Aber für alle anderen steht diese Zeit nicht im Ansatz zur Verfügung. Sehen Sie hier, dass sich durch die Pflegegrade in dieser Hinsicht etwas ändern könnte? Denn der Entwurf zum Pflegestärkungsgesetz II sieht ja keinerlei personelle Mehrung vor, obwohl das davor immer ausführlich im Gespräch war.

Danke schön.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank für die Fragen. – Ich würde wieder in der Reihenfolge vorgehen. Herr Monsignore Appel.

Sv. Herr Monsignore Appel: Ich wurde nach der generalisierten Pflegeausbildung gefragt. Wir haben sie im Grunde genommen immer begrüßt und sie unter europäischen Rechtsgesichtspunkten auch als unabwendbar gesehen. Wir hören jetzt auch von unseren Einrichtungen bzw. von den Ausbildungsstätten in der Altenpflege, dass die spezifische Altenpflegeausbildung sehr geschätzt wird. Wir müssen das noch einmal sortieren und wahrnehmen, um dies dann zu bewerten. Wir bewerten die generalisierte Pflegeausbildung insgesamt positiv und begrüßen sie.

Zu den Pflegegraden: Was den Pflegebedürftigkeitsbegriff angeht, kann ich sagen: Je differenzierter der Pflegebedürftigkeitsbegriff gestaltet wird, umso positiver ist dies. Ich denke, mit der Erweiterung der Pflegegrade von drei auf fünf können wir das Ganze differenzierter abbilden. Ich meine, das ist ein Schritt in die richtige Richtung.

Dann war noch die Frage nach den ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Wir stellen uns diesem Thema. Ich kann mir gut vorstellen, dass wir ambulant betreute Wohngemeinschaften auch im Caritas-Bereich durchaus unterstützen und befördern wollen.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Gut. Alle Fragen an Herrn Monsignore Appel sind beantwortet. – Dann Frau Armbruster.

Sv. Frau Armbruster: Herzlichen Dank für Ihre Fragen. – Zunächst zur Refinanzierung der Investitionen: Frau Dr. Engeser, das haben Sie richtig gehört: Wir sind da im Moment auf einem guten Weg, sage ich einmal. Ich habe deshalb vorhin vorsichtigen Optimismus äußern können.

Wir haben die Probleme schon gemeinsam definiert; das ist ein erster Schritt. Jetzt brauchen wir aber ein Commitment, um diese Probleme auch wirklich kurzfristig zu lösen, weil, wie gesagt, die Landesheimbauverordnung diese Probleme nicht in erster Linie verursacht, aber jetzt einen verstärkten Druck dafür schafft, dass wir tatsächlich in die Umsetzung kommen. Dafür brauchen wir die verschiedenen Partner, die kommunalen Verbände, den KVJS und das Sozialministerium. Die Gespräche finden statt. Im letzten Jahr ist es gelungen, zu einer gemeinsamen Überzeugung zu kommen, dass die Landesheimbauverordnung umgesetzt werden soll. Vielleicht kann das unterstützen. Wir können jede politische Unterstützung dafür brauchen.

Im Moment würde ich noch nicht sagen, 1 : 1 auf eine Rechtsverordnung hinzugehen. Aber wer weiß, vielleicht ist das irgendwann einmal die Ultima Ratio, die wir dann doch brauchen. Aber zunächst einmal setze ich auf das Commitment. Ich glaube, wenn wir uns einig werden – ich erinnere nur an das Plädoyer von vorhin über die Standards –, dass die auch durchfinanziert werden müssen, dann kommen wir schneller weiter, als wenn wir eine Verordnung haben, die wir dann auf dem Rechtsweg usw. umständlich durchstreiten müssen.

Frau Mielich und Herr Wipp, Sie haben gefragt, was erhaltenswerte Pflege ist. Herr Wipp hat noch die Frage nach den starren Grenzen gestellt. Also schlicht: Was heißt „zukunftsfähiges Pflegeheim“ oder „zukunftsfähige stationäre Pflege“? Erhaltenswerte Strukturen sind aus unserer Sicht moderne Pflegeheime. Das Einzelzimmer gehört heute für die allermeisten zum Bedürfnis, zum Anspruch dazu, und zwar für Angehörige, aber auch für Pflegebedürftige.

Doppelzimmer – Herr Hinderer, Sie hatten dies vorhin schon einmal angesprochen – sind in der Tat nicht verboten. Ehepaare können natürlich auch in einem Doppelzimmer

sein. Aber Voraussetzung ist dann, dass ein zweites Zimmer sozusagen leer steht, das entweder als gemeinsames Wohnzimmer oder doch wiederum als separates Zimmer genutzt werden kann, wenn man getrennt schlafen möchte. Da kann man vielleicht noch etwas weiterentwickeln. Da kann man pragmatische Lösungen finden. Aber ich glaube, ganz grundsätzlich wird das Einzelzimmer von der freien Wohlfahrtspflege nicht grundsätzlich infrage gestellt und auch als Standard angesehen.

Das Zweite: Wohnortnahe Strukturen, dem örtlichen Bedarf angemessen, sind erhaltenswert, also nicht auf der grünen Wiese, ganz hinten überbordend viele Plätze, sondern wirklich vor Ort integriert. „Erhaltenswerte Struktur“ heißt auch, wenn dieses Pflegeheim ein Potenzial hat, sich zu einem Kompetenzzentrum weiterzuentwickeln, wenn ein betreutes Wohnen, ein ambulantes Wohnen, ein Pflegedienst und Ähnliches wirklich in der Nähe und dafür örtlich auch der Bedarf gegeben ist.

Damit möchte ich zu den starren Grenzen überleiten. Das ist in der Tat ein Problem. Die Anbieter können es den Nutzern teilweise kaum verständlich machen; das versteht niemand. Darüber hinaus sehe ich darin Ineffektivitäten und Ineffizienzen, wenn es z. B. nicht möglich ist, ein benachbartes betreutes Wohnen mit dem stationären Wohnen so pragmatisch zu gestalten, dass die stationäre Pflege auch eine Durchgangsstation, zeitlich gesehen eine Phase in der Versorgung oder natürlich auch ein teilstationäres Angebot sein kann. Von daher müssen wir uns da weiterentwickeln.

Warum sollte ein Pflegeheim nicht auch ambulant versorgt werden können? Warum sollte das nicht ein Wohnangebot sein, das ambulant versorgt wird? Da hängen wir heute und kommen nicht weiter. Ich möchte Sie da einfach auf Ihre Sitzung im Februar verweisen. Da sind sehr viele gute Ansätze genannt worden, die ich nicht wiederholen möchte, von Dr. Messmer, aber beispielsweise auch von den Kollegen von Caritas und Diakonie.

Dann war noch die Frage von Herrn Hinderer nach dem Pflegebedürftigkeitsbegriff. Diese Frage wurde ein paarmal gestellt. Noch können wir nicht ganz genau abschätzen, wozu das führt. Wenn wir letztendlich eine budgetgleiche Umstellung bekommen, verteilt auf fünf Pflegegrade, dann haben wir nicht wirklich viel gewonnen. Ein Durchbruch wäre – das wurde auch beim Landespflegerat vorhin gesagt –, wenn dazu tatsächlich eine Personalbemessung hinterlegt würde. Alle haben Angst vor einer rational durchdachten Personalbemessung, weil uns allen klar ist: Wenn wir die Bedarfe und die dafür erforderliche Zeit zusammenbringen, dann werden wir merken, dass wir mehr Pflegekräfte brauchen.

So viel vielleicht zum bundesweiten Vergleich, Herr Wipp: Ich würde mir wünschen, dass wir diesen Bedarf bundesweit vergleichbar bemessen und dass wir auf dieser Grundlage wiederum das Commitment finden, dass wir das dann auch finanzieren. Ich glaube, nur so kommen wir weiter.

Die Pflegegrade sind sehr wichtig. Wir haben sie immer gefordert, auch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Jetzt geht es darum, ihn auch in einer guten Weise durchzubuchstabieren.

In Bezug auf die Generalistik kann ich mich Herrn Appel anschließen. Auch wir halten die generalistische Ausbildung grundsätzlich für eine attraktive Ausbildung. Wir meinen auch, dass wir damit Menschen gewinnen können, in die Pflegeberufe zu gehen, die wir bisher vielleicht nicht ansprechen.

Wir müssen konstatieren, dass nicht jeder pflegen kann und dass Pflege ein Fachpflegeberuf und zunehmend fachlich herausfordernd ist. Von daher brauchen wir die Durchlässigkeit zur Akademisierung. Wir brauchen auch die Möglichkeit, akademisch ausgebildete Kräfte einzusetzen.

Wir müssen uns aber an dieser Stelle von einer Dogmatik verabschieden, also nicht Generalistik versus bisherige Ausbildung. Vielmehr müssen wir die Generalistik ermöglichen und die praktischen Probleme, die jetzt dabei auftreten, pragmatisch angehen, weil uns das sonst gar nichts hilft, z. B. dass ein Altenpflegeschüler bzw. eine Altenpflegeschülerin zu einer Einrichtung zugehörig bleibt und dort so viel Zeit verbringen kann, dass er bzw. sie sich identifiziert, Abläufe über einen längeren Zeitraum hinweg kennenlernt und sich auch in Verantwortung üben kann. Wir brauchen die passende Zeit für die Anleitung und die Ausbildung. Wir müssen natürlich die in Baden-Württemberg vergleichsweise gute Situation der Ausbildungsfonds übertragen können und auch für die generalistische Ausbildung erhalten.

Altenpflege ist nicht grundsätzlich weniger attraktiv als Krankenpflege. Wir hören immer wieder, dass sich Menschen direkt für die Altenpflege bewerben. Aber – da schließt sich der Kreis – wir müssen die Situation für die Pflegekräfte in der stationären Pflege verbessern. Dann werden sie den Beruf nicht nur gern ergreifen, sondern darin auch bleiben und älter werden. Das halte ich für einen wichtigen Ansatzpunkt.

Ambulant betreute WGs werden natürlich in unserem Bereich in der Diakonie angegangen und aufgegriffen, Herr Haußmann. Es ist noch nicht so lange her, dass wir das WTPG haben. Daher sind wir alle da noch am Experimentieren, zusammen mit der Fachstelle Wohnen. Es gibt ein paar Schwierigkeiten, die wir schon jetzt erkennen. Eine Schwierigkeit hat gar nicht mit dem WTPG zu tun, sondern damit, dass Sozialhilfeträger das nicht anerkennen und auch nicht überall finanzieren. Es muss natürlich möglich sein, wenn ein Bewohner in einer ambulant betreuten WG ist, dass gegebenenfalls eine Kostenübernahme dann erfolgt, wenn er selbst das durch seinen Eigenanteil nicht mehr sicherstellen kann. Es gibt ein paar Probleme, und die liegen auf dem Tisch. Da müssen wir wirklich ins Gespräch kommen.

Herzlichen Dank.

Vorsitzender Helmut Walter Rück: Vielen Dank, Frau Armbruster. – Herr Meier.

Sv. Herr Meier: Die erste Frage war: Sehen Sie Chancen, dass auch junge Menschen mit Migrationshintergrund den Pflegeberuf ergreifen? Ja. Einfache Antwort. Dieser Prozess findet auch schon statt; das ist schon im Gange. Wenn ich das aus dem jüdischen Zuwanderungsbereich beobachte, stelle ich fest, dass viele junge Menschen in den Pflegeberuf kommen. Manche werden auch von den Jobcentern gedrängt, weil das ein Bereich mit einer gewissen beruflichen Perspektive ist, die es ja nicht mehr überall gibt. Aber nicht nur junge Menschen aus dem Zuwanderungsbereich kommen in diesen Beruf, sondern auch viele mittelalte.

Die jüdischen Zuwanderer sind zu 80 % Akademiker. Es sind sehr viele Personen mit reglementierten Berufen – wie Lehrer – darunter, die hier im Grunde genommen keine Chance auf Anerkennung haben. Von denen arbeiten sehr viele bei russischen und jüdischen Pflegefirmen, die häusliche Pflege machen. Die muttersprachliche Pflege wird von den Patienten sehr dankbar angenommen.

Ich glaube, damit ist auch schon die zweite Frage beantwortet: Wie wichtig ist muttersprachliche Betreuung? Sie ist sehr wichtig; denn bei Migration ist eines der größten, zentralen Probleme im Alter die Vereinsamung. Über die muttersprachliche Betreuung in der Pflege wird dieser Vereinsamung ein Stück weit entgegengewirkt. Von daher befürworte ich das sehr.

Inklusive Einrichtungen in der Pflege befürworten wir auf jeden Fall. Wir möchten keine rein jüdische Pflegeeinrichtung, wenn es denn hier in Baden-Württemberg dazu kommen sollte. In Frankfurt gibt es eine große jüdische Pflegeeinrichtung, die man aber auch als inklusiv bezeichnen muss, weil auch sehr viele Moslems dort untergebracht sind und dies dort reibungslos läuft; Moslems wegen des koscheren Essens. Das läuft dort sehr problemlos, soweit ich informiert bin. Also: Auf jeden Fall inklusive Einrichtungen in der Pflege.

Die vierte Frage war zu meiner Aussage, allgemeingültige Anleitungen könnten nicht gegeben werden. Das bezog sich auch auf muttersprachliche Pflegekräfte, wenn ich Sie richtig verstanden habe. Auch diese Frage habe ich im Prinzip schon beantwortet. Viel wichtiger – ich kann das für den jüdischen Bereich sagen – als koschere Verpflegung in einer Pflegeeinrichtung ist die muttersprachliche Betreuung. Ich weiß, dass mittlerweile viele Pflegeheime, die ich im Umkreis von Stuttgart kenne, auch schon viele russischsprachige Pflegekräfte haben, gerade aus dem großen Bereich der Spätaussiedler. Da wird ein großer Bereich abgedeckt.

Die koschere Verpflegung könnte man auch extern bereitstellen. Ich weiß, wir hatten einmal Gespräche hier in Stuttgart mit einer AWO-Einrichtung. Da hat es sich als schwierig herausgestellt, im Wohnheim auch noch einen Bereich für koscheres Kochen aufzubauen, sozusagen eine koschere Küche, was sehr kostenaufwendig war. Darauf musste dann leider verzichtet werden. Deswegen ist das Projekt erst einmal zurückge-

stellt worden. Aber es gibt dort auch Lösungen, dass man extern über die jüdische Gemeinde oder andere koschere Anbieter, wenn gewünscht, eine koschere Verpflegung in Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stellen kann.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Meier. – Herr Kugic.

Sv. Herr Dr. Kugic: Vielen Dank. – Die erste Frage war, ob junge Menschen diesen Beruf ergreifen würden. Bei den Pflegeschulen bzw. -einrichtungen in Karlsruhe, Mannheim und Heidenheim haben sich schon viele junge Menschen angemeldet. Die erste Generation wird vielleicht in diesem oder im nächsten Jahr fertig sein und kann dann verteilt werden. Es gibt schon Interesse unter jungen Menschen, unter jungen Muslimen.

Kultursensible oder auf die Kultur bezogene Einrichtungen nur für Muslime – das war die zweite Frage – würde ich persönlich ablehnen. Ich meine, ein Krankenhaus, ein Altersheim oder irgendeine Pflegeeinrichtung nur für Muslime wäre nicht sinnvoll, und zwar aus dem Grund, weil dies nach einer Separierung aussieht. Ich denke, eine solche Einrichtung sollte schon mit anderen kulturellen Bereichen zusammen sein. Natürlich sollten dort auch Pflegekräfte arbeiten, die die Muslime dann versorgen können. Es geht beispielsweise um Halal-Nahrung und um die Versorgung von Frauen. Wir brauchen gemischte Einrichtungen, aber mit Pflegekräften besonders für Musliminnen. Das ist gleich mit der vierten Frage verbunden; dazu komme ich noch.

Dann war die Frage: Wie weit sind die Verbände bei der Organisation oder Gründung eines Wohlfahrtsverbands? Jetzt stellt sich immer die Frage: Wer soll der Träger dieses Wohlfahrtsverbands sein? Sie wissen, dass Muslime in Deutschland in Vereinen organisiert und sprachlich noch immer mit ihrem Herkunftsland verbunden sind, obwohl in diesen Vereinen auch Deutsch gesprochen wird. Aber die meisten verwenden die Muttersprache, also Türkisch, Arabisch, Albanisch oder Bosnisch. Es ist noch keine Einheit geschaffen worden. Es stellt sich immer die Frage: Wer soll diesen Wohlfahrtsverband tragen, finanzieren usw.? Sobald der Islam als Gemeinschaft in Deutschland anerkannt worden ist, kommt es – da bin ich mir sicher – zu einer Gründung eines Wohlfahrtsverbands. Momentan wird darüber gesprochen. Aber wir brauchen dafür einen guten Träger.

Vierte Frage: gläubige Muslime, gläubige Pflegekräfte? Einem muslimischen Mann ist es eigentlich völlig egal, ob eine Pflegekraft irgendeiner anderen Religion angehört. Er will schlicht und einfach versorgt werden. Es wäre ihm allerdings ganz recht, wenn die Pflegekraft gläubig wäre. Nicht alle Muslime sind gläubig; das muss man auch sagen. Bei einem gläubigen Muslim kann ein Mann oder auch eine Frau die Versorgung vornehmen. Bei Musliminnen sollte die Pflegekraft auf jeden Fall eine Frau sein und, wenn möglich, noch dazu eine gläubige Muslimin, damit sie in dieser Hinsicht mit der Frau sprechen kann.

Ich glaube, dass ich die Fragen damit so weit beantwortet habe. Vielen Dank.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Ich glaube, jetzt steht keine Frage mehr offen. – Sie dürfen natürlich unseren vier Referenten noch kurz Applaus spenden.

(Beifall)

Ich darf mich bei Ihnen sehr herzlich bedanken und unterbreche die heutige Anhörung bis Punkt 13:30 Uhr. Ich darf noch auf die Veranstaltung „Haus der guten Pflege“ vor dem Landtag hinweisen und daran erinnern.

(Unterbrechung der Sitzung: 12:49 Uhr)

(Wiederaufnahme der Sitzung: 13:31 Uhr)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich eröffne Teil 2 bzw. Block 4 der Verbändeanhörung der Enquetekommission „Pflege“ und darf Sie nochmals sehr herzlich begrüßen, insbesondere diejenigen, die neu dazugekommen sind. Hier vorn stehen Getränke für Sie bereit. Bitte bedienen Sie sich; bei diesen Temperaturen ist das besonders wichtig.

Wir kommen zum vierten Block unserer Verbändeanhörung. Ich darf hierzu begrüßen Frau Ursel Wolfgramm – sie ist Landesvorsitzende des Paritätischen Wohlfahrtsverbands –, Herrn Nils Opitz-Leifheit – Vorsitzender des Bezirksverbands Württemberg der Arbeiterwohlfahrt –, Herrn Hans Heinz – Landesgeschäftsführer des Deutschen Roten Kreuzes – und Herrn Matthias Einweg – er ist Hauptgeschäftsführer der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft.

Für Sie noch der kurze Hinweis: Wir haben Ihnen eine Redezeit von maximal sieben Minuten auferlegt. Meine Aufgabe wird es sein, auf die strikte Einhaltung zu achten. Am Redepult läuft eine Uhr rückwärts, damit Sie es in etwa einschätzen können. Eine Minute vor Ablauf der Redezeit werde ich Ihnen noch ein kleines visuelles Signal geben, und wenn das rote Licht aufleuchtet, sollten Sie eigentlich schon zum Ende gekommen sein. Wir schließen daran eine Fragerunde an und kommen dann zum nächsten Block.

Nun bitte ich Sie, Frau Wolfgramm, ans Redepult. Sie haben das Wort.

Sv. Frau Wolfgramm: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Mitglieder der Enquetekommission, sehr geehrte Damen und Herren! Die Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationsgerecht zu gestalten ist Ihnen und mir ein großes Anliegen. Deshalb freue ich mich, dass ich Ihnen heute die Aspekte der Quartier- und Sozialraumorientierung in der Pflege aus der Sicht der Verbände erläutern darf.

Warum haben wir uns entschlossen, uns diesem Thema zu widmen? Es liegt auf der Hand: Die Versorgung von Pflegebedürftigen zählt zu den größten Herausforderungen unserer Zeit, und zwar, wie mit Blick auf die demografische Entwicklung schon lange bekannt ist, noch auf viele Jahre in immer größerem Umfang. Wie die Enquetekommission „Pflege“ zeigt, ist das Thema Pflege in Baden-Württemberg in der Mitte des gesellschaftlichen Diskurses angekommen und findet es in einer Weise Beachtung, wie es seiner immensen Bedeutung entspricht.

Schon heute sind in Baden-Württemberg große Teile der Bevölkerung mittelbar und unmittelbar betroffen: als Pflegebedürftige, als pflegende Angehörige oder als professionelle Pflegekraft. Dies unterstreicht die gesellschaftspolitische Bedeutung der Pflege und die damit verbundenen Herausforderungen. Diese werden weiter zunehmen und

vielfältige Fragen aufwerfen, auf die in Baden-Württemberg – und natürlich auch anderswo – Antworten gefunden werden müssen.

Älteren Menschen und Pflegebedürftigen – darin sind wir uns sicherlich alle einig – soll so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden. Die meisten Menschen wollen auch bei Hilfe- und Pflegebedarf in der eigenen Wohnung oder zumindest im vertrauten Wohnumfeld wohnen bleiben. Um diesem Wunsch gerecht zu werden, bedarf es neuer Wege. Wohn- und Versorgungskonzepte sind erforderlich, die das selbstständige Wohnen in vertrauter Umgebung ermöglichen. Dafür ist es unumgänglich, dass möglichst viele an der Betreuung, Unterstützung und Pflege beteiligt werden. Ziel ist es, Lebensräume zum Älterwerden zu schaffen. Deshalb setzt sich der Paritätische Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg für einen Paradigmenwechsel hin zu generationengerechten quartiersbezogenen Wohn- und Pflegearrangements ein.

Eine präventive Landessozial- und Landespflegepolitik sollte die Bedürfnislagen von Menschen mit Unterstützungsbedarf in den Vordergrund stellen. Der Quartiersansatz, Lebensräume bedarfsgerecht zu gestalten, und das Ineinandergreifen von sozialraumorientierter Seniorenarbeit, bürgerschaftlichem Engagement, gesundheitsfördernden, präventiven und sportlichen Angeboten, haushaltsnahen Dienstleistungen und professionellen Pflege-, Betreuungs- und Unterstützungsangeboten bieten große Potenziale. Um den Herausforderungen des demografischen Wandels im Kontext von Pflege und Unterstützung generationengerecht und sozialraumorientiert zu begegnen, ist die Weiterentwicklung des Landespflegegesetzes sowie des WTPG notwendig. Wir möchten gemeinsam mit allen Akteuren die notwendigen Reformprozesse zukunftsgerichtet mitgestalten.

Im Zentrum der Weiterentwicklung des baden-württembergischen Landespflegegesetzes steht ein verändertes Verständnis der Aufgabenschwerpunkte von Land und Kommunen im Kontext der pflegerischen Unterstützung und Betreuung. Weiterentwicklung, Ausbau und Stärkung der pflegerischen Infrastruktur sollen zum Ziel haben, die Lebenslagen im Vorfeld von Pflege zu berücksichtigen und die Pflege und ihre Herausforderungen selbst unter Einbindung in die jeweiligen lokalen sozialen Gegebenheiten des Umfelds sicherzustellen.

Zwei Aspekte sind mir dabei besonders von Bedeutung: generationengerechte Quartiersgestaltung und eine Landespflegepolitik integrativ zu denken.

Zu erstens: Die generationengerechte Quartiersgestaltung zielt – wie ich gerade schon erwähnt habe – darauf ab, für eine bewusst quaternah ausgerichtete Pflege-, Betreuungs- und Beratungsstruktur Sorge zu tragen.

Zu zweitens: Die Landespflegepolitik generationengerecht und integrativ zu gestalten zielt darauf ab, politische und gesellschaftliche Ansätze in diesem Bereich besser als bisher aufeinander zuzubewegen, zu beziehen und weiterzuentwickeln.

Folgende Maßnahmen zur Weiterentwicklung wären hilfreich:

- ein Monitoring, damit wir eine Datenbasis bekommen und die Politik Entscheidungen treffen kann,
- die Bildung eines Landesausschusses „Integrative Sozialplanung“, in dem Themen über § 92 SGB XI hinaus diskutiert werden können,
- partizipative Konferenzen, sogenannte Pflegekonferenzen, bei denen es um die Sicherung und Weiterentwicklung örtlicher Angebotsstrukturen geht, und
- Ermöglichung von Gestaltungsspielräumen, um das WTPG in die Realität umsetzen zu können.

Abschließend möchte ich auf den ländlichen Raum hinweisen. Hier gilt es, in Zukunft vermehrt den Zugang zu Pflege- und Gesundheitsleistungen sicherzustellen.

Die Situation älterer Menschen, Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen ist schon jetzt dadurch geprägt, dass der demografische Wandel nicht mehr nur bevorsteht, sondern sich die Auswirkungen, z. B. Fachkräftemangel, täglich mit wachsender Dynamik und Geschwindigkeit vollziehen.

Die Enquetekommission „Pflege“ muss generationengerechte und zukunftsorientierte Antworten auf die Herausforderungen der Pflegesituation in Baden-Württemberg finden.

Ich hoffe sehr, dass der Quartiersansatz in der Pflege, der vom Paritätischen Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg eingebracht wurde, einem der sechs Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, Dachverband von rund 830 Mitgliedsorganisationen – davon 220 aus dem Bereich der Altenhilfe –, in das Handlungskonzept bzw. die Handlungsempfehlungen der Enquetekommission aufgenommen wird.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herzlichen Dank, Frau Wolfgramm.

Sv. Frau Wolfgramm: Pünktlich.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Überpünktlich; so wollen wir es weiter halten. – Für die Arbeiterwohlfahrt Herr Opitz-Leifheit.

Sv. Herr Opitz-Leifheit: Mal sehen, ob ich das auch so pünktlich schaffe; ich hoffe es doch sehr. – Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren Abge-

ordnete, sehr geehrte Damen und Herren! Für die Arbeiterwohlfahrt Baden und Württemberg möchte ich den Schwerpunkt auf die Personalsituation in der Pflege legen; denn in der Kürze der Zeit ist es sinnvoll, dass wir uns alle ein wenig auf Einzelthemen beschränken.

Es ist festzustellen, dass es eigentlich kein anderes Arbeitsfeld gibt, das so vielseitig, abwechslungsreich und zukunftssicher ist wie das der Pflege. Trotzdem – das wissen Sie ebenfalls – spitzen sich seit Jahren ein großer Personalmangel und damit verbundene Probleme in den Einrichtungen, egal, ob ambulant oder stationär, zu. Im Folgenden möchte ich die größten derzeitigen Probleme dieses Themengebiets aufzeigen, und ich verweise auf unsere schriftliche Stellungnahme, die etwas ausführlicher ist.

Kommen wir zur statistischen Ausgangssituation. Das möchte ich kurz machen; denn es war in Ihrem Kreis bereits Thema. Die Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg hat schon im Jahr 2008 mit einer Trendstudie auf den absehbaren Mangel an Pflegekräften hingewiesen. Damals wurde von 2005 bis 2020 von einer Steigerung des Personalbedarfs um bis zu 40 % ausgegangen. Aktuelle Zahlen des Statistischen Landesamts – aus dem Jahr 2012 – gehen noch weit über diese Prognose hinaus und prognostizieren für 2050 gar einen Bedarf von 228 000 Pflegekräften gegenüber den 106 000 jetzt. Das heißt, das wäre mehr als eine Verdopplung.

Der Pflegekräftemangel hat bereits heute erhebliche Auswirkungen. Ich denke, es gibt wohl keinen Träger, der davon verschont ist und der nicht davon berichten könnte. Insbesondere in Ballungszentren ist es keine Seltenheit, dass die Platzvergabe in Pflegeeinrichtungen oder auch die Betreuung von ambulanten Diensten abgelehnt werden müssen, da schlichtweg für die Versorgung notwendiges Personal nicht vorgehalten wird, nicht vorhanden bzw. nicht zu finden ist.

Kommen wir nun zu den Rahmenbedingungen der Personalsituation in der Pflege. Es gibt sehr unterschiedliche Rahmenbedingungen. Eine Rahmenbedingung, die man immer wieder nennen muss, ist die durchaus immer noch mangelnde gesellschaftliche Akzeptanz dieses Berufsbereichs. Im Vergleich zur sonstigen Industrie und Wirtschaft – man muss gar nicht auf die berühmten Firmen in Stuttgart zeigen; das gilt auch für den Mittelstand – sind die Pflegekräfte unter Wert bezahlt und natürlich auch von unsteten Arbeitszeiten gekennzeichnet, oft auch von einer nicht verlässlichen Dienstplanung; insbesondere bei Krankenständen oder im ambulanten Dienst ist das ein ständiges Problem.

Andererseits bietet das Arbeitsfeld die Möglichkeit, sich nach eigenen persönlichen Neigungen und Kompetenzen einzubringen, und es bietet auch vielerlei Möglichkeiten, beruflich weiterzukommen, Weiterbildungsangebote und Karrierechancen zu nutzen. Sehr viele Pflegekräfte sind deshalb auch mit Leidenschaft dabei und gehen bis an ihre Grenzen.

Nun ist es aber in Zeiten der Vollbeschäftigung so – das ist ein komischer und eigentlich zynischer Zusammenhang –, dass, wenn es der Industrie sehr gut geht, diese die ausbildungswilligen Schulabgänger sozusagen komplett aufsaugt. In der Folge sinken unweigerlich – zumindest tendenziell – Quantität und Qualität der Auszubildenden in der Pflege.

Ein Wort zur Bezahlung in der Pflege. Aus der Sicht der Pflegefachkräfte herrschen im Moment, gehaltstechnisch gesehen, gewissermaßen gute Zeiten. Händeringend gesucht, können sie die Bedingungen immer stärker mitbestimmen, unter denen sie bereit sind, in einer bestimmten Einrichtung eines bestimmten Trägers zu arbeiten. Das induziert sozusagen eine Gehaltsspirale, in der nicht selten Gehaltssprünge vereinbart werden, die überhaupt nichts mehr mit dem Tarif zu tun haben. Jenseits der eigentlichen Tarifierhöhung in der Pflege haben sich deshalb die Gehaltszahlungen – mit Sicherheit auch bei anderen Trägern – signifikant erhöht. Trotzdem ist damit noch nicht die Gehaltshöhe bzw. das Gehaltsniveau der Krankenpflege erreicht. Dazu müssen wir als Träger kritisch sagen: Dies ist auch deshalb entstanden, da die Träger es in den letzten Jahren nicht vermocht haben, mit den Kostenträgern so zu verhandeln, dass immer auch für die Pflegekräfte genug Gehaltssteigerungen möglich waren. Deshalb halten wir es für ein ganz zentrales soziales und beschäftigungspolitisches Ziel, Pflege besser zu bezahlen. Dies setzt jedoch voraus, dass man einen gesellschaftlichen Konsens darüber herstellt, dass gute Pflege ihren Preis haben muss.

Ich komme noch zu den Arbeitsbedingungen in der Pflege. Die Zielgruppen in stationären Einrichtungen haben sich in den letzten Jahren deutlich verändert; auch das haben Sie sicherlich im Rahmen Ihrer Enquetekommission bereits mehrfach gehört. Es wohnen immer mehr Menschen mit Demenz, herausforderndem Verhalten, zusätzlichen psychischen Erkrankungen oder chronischen Schmerzzuständen in den Pflegeheimen bzw. werden von den ambulanten Diensten versorgt. Aus dieser Entwicklung resultiert für das Personal natürlich zusätzlicher körperlicher und auch psychischer Stress.

Auch die Anforderungen an eine palliative Versorgung einschließlich der Bearbeitung schwierigster ethischer Fragestellungen sind für das Personal natürlich eine Herausforderung. Dies kann man auch am Krankenstand ablesen, der in der Pflege gegenüber dem Durchschnitt aller Erwerbstätigen deutlich erhöht ist. Die häufigsten Erkrankungen betreffen dabei – wie könnte es anders sein? – den Knochen- und Bewegungsapparat; aber auch psychosomatische Erkrankungen sind eine häufige Folge.

Viele Träger, so auch die AWO, entwickeln deshalb als Reaktion Strategien der betrieblichen Gesundheitsförderung. Um Pflegekräfte unter den verschärften Arbeitsbedingungen zu gewinnen und zu halten, versuchen Träger mit unterschiedlichen Initiativen, ihre Pflegekräfte zu stärken. Dies können intensive Fort- und Weiterbildungsangebote sein, Coachings, die Umstellung auf eine vereinfachte Pflegedokumentation oder auch Programme zur Gesundheitsförderung. Ein wichtiger Punkt sei hier genannt: Flankiert wird diese Entwicklung noch durch eine zunehmende Bürokratie in der Pflege. Doch nun besteht erfreulicherweise mit der flächendeckenden Umsetzung der entbürokratisierten

Pflegedokumentation, dem Strukturmodell, erstmals die Chance, diesen Aufwand endlich zu reduzieren. Wir haben da jedenfalls Hoffnung.

Erlauben Sie mir zum Schluss noch ein Wort zur Gewinnung von Pflegefachkräften. Wir müssen dringend die Möglichkeiten weiter ausbauen, auch die Ausbildung in der Pflege weiter zu öffnen und zu vereinfachen. Insbesondere mit der jetzt anstehenden Reform der Pflegeausbildung muss sichergestellt werden, dass keine Ausbildungsplätze verloren gehen, wenn wir eigentlich mehr bräuchten. Ebenso muss gewährleistet sein, dass alle bestehenden Pflegeschulen erhalten bleiben. In Verbindung mit der anstehenden Reform in der Pflegeausbildung zur Generalistik werden von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen immer wieder Befürchtungen geäußert, dass der Bereich der klinischen Versorgung profitieren wird und die klassische Altenpflege ins Hintertreffen gerät.

Ein Satz zum Abschluss: Eine gute Pflege lässt sich letztlich nur mit guten und motivierten Pflegekräften sicherstellen. Wir fordern alle beteiligten Akteure – einschließlich uns selbst – auf, sich daran zu beteiligen, die Arbeitsbedingungen zu verbessern.

Danke schön.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herzlichen Dank, Herr Opitz-Leifheit. – Für das Deutsche Rote Kreuz spricht der Landesgeschäftsführer Hans Heinz, der sich sicherlich vor einigen Jahren, als er sein Landtagsmandat aufgegeben hat, nicht hat vorstellen können, einmal wieder im Plenarsaal, noch dazu im Interimsplenarsaal, zu sprechen. Sie haben das Wort.

Sv. Herr Heinz: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren Abgeordneten, sehr geehrte Damen und Herren! Ich habe für das DRK die Aufgabe, zum Thema „Finanzierung der ambulanten Pflege“ zu sprechen. Ich denke, wenn Sie morgens auf dem Weg zur Arbeit sind, dann sehen Sie das eine oder andere Auto eines Pflegedienstes. Sie werden feststellen, dass wir flächendeckend unterwegs sind, dass die Pflegedienste, die ambulanten Dienste eigentlich die einzigen Einrichtungen sind, die in unserem Land flächenmäßig die Menschen zu Hause aufsuchen und natürlich aus erster Hand wissen, welche Bedürfnisse die Pflegebedürftigen und die Angehörigen haben.

Aber es dürfte auch so manchen Bürger überraschen, dass die ambulanten Pflegedienste trotz ihrer spürbaren Präsenz vor Ort nur zu einem geringen Teil an den Finanztöpfen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung partizipieren. So belief sich 2014 der Anteil an den Gesamtausgaben der Krankenversicherung für Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege auf 2,48 % und der Anteil für ambulante Sachleistungen aus der Pflegeversicherung auf rund 14 %. Erlauben Sie mir, kritisch die Frage zu stellen, ob diese Prozentsätze den tatsächlichen Wert ausdrücken,

welchen die ambulante Pflege für das Gesundheitssystem darstellt. Wenn man das in der Relation sieht, dass wir für einen Krankenhaustag 500 € bezahlen müssen und für einen Pfl egetag, eine Pflegeleistung zwischen 9 € und vielleicht 19 €, dann können Sie ermessen, dass jeder Tag Krankenhausaufenthalt, den ein Pflegedienst vor Ort erspart, eigentlich schon die Folgekosten im Gesundheitssystem erheblich senkt.

Nach meiner Beobachtung sind auch ambulante Pflegedienste im neuen System – das heute Morgen ebenfalls angesprochen wurde – der ambulant betreuten Wohngemeinschaften der Dreh- und Angelpunkt der neuen Infrastruktur für das Wohnen, die Betreuung und Pflege der Senioren geworden. Angesichts des seit der Einführung der Pflegeversicherung gebetsmühlenartig wiederholten Grundsatzes „Ambulant vor stationär“ und der Gewissheit, dass alle Beteiligten so lange wie möglich im eigenen Zuhause bleiben möchten, muss ich feststellen: Pflege muss im System mehr wert sein. Aus unserer Sicht ist finanziell noch deutlich mehr Luft nach oben. Es gibt gerade auch aus wirtschaftlicher Sicht keine bessere Investition im Gesundheitsbereich als in die häusliche Krankenpflege.

Dem Bürger, vor allem dem pflegebedürftigen Menschen oder seinen Angehörigen, die Finanzierung ambulanter Pflege, die konkreten Kombinationsmöglichkeiten, den Hausbesuch, die Einzelleistungen usw. zu erklären ist eine Wissenschaft für sich. Ich gebe offen zu: Ich verstehe es nicht ganz; meine Mitarbeiter haben es mir erklärt, aber es ist nicht einfach.

Ein Pflegedienst finanziert sich nahezu vollständig etwa zur Hälfte aus den Leistungen der Pflege- und der Krankenversicherung. Die Zuzahlung der Klienten bzw. gegebenenfalls der Sozialhilfeträger ist im Gesamtvolumen eher gering – bisher; in Zukunft kann sich unter Umständen noch einiges verändern. Die dem Pflegebedürftigen zusätzlich zu berechnenden Kosten für Investitionsausgaben oder die Altenpflegeausbildungsumlage machen zwar im Volumen einen kleinen Teil aus, aber die Rechnung sicherlich nicht leichter verständlich.

Betrachtet man die Finanzierungsblöcke innerhalb eines Hausbesuchs, so ist festzustellen, dass eine Leistung keineswegs einfach eine „Zusatzleistung als Add-on“ zur anderen ist, sondern die Tätigkeiten werden unabhängig voneinander durchgeführt und finanziert – sowohl in separaten als auch in gemeinsamen Hausbesuchen. Die einzigen Gemeinsamkeiten, die man möglicherweise als Synergie sehen könnte, wären das „Grüß Gott!“ und das „Auf Wiedersehen!“.

Dies ist auch der Grund, warum unabhängig vom Finanzierungstopf jeder Hausbesuch per se in sich kostendeckend sein muss. Diese Kostendeckung bezieht sich nicht nur auf die Zeit im Haushalt. Auch die Zeiten, welche die Pflege- und Leitungskräfte sowie die Verwaltungsmitarbeiter außerhalb des Hausbesuchs aufwenden, müssen refinanziert werden. Hierbei handelt es sich nicht nur um Fahrzeiten, die jeder von uns kennt und die präsent sind, die in den SGB-V-Leistungen „eingepreist“ sind und bei den SGB-XI-Leistungen als Wegepauschale in Rechnung gestellt werden, sondern auch um die

Zeiten, welche für Organisation, Diskussion, Dokumentation, Abstimmungen, Fortbildungen, Qualitätsmanagement, Prüfungen und nicht zuletzt auch Staus verwendet werden müssen.

Die tatsächliche Anwesenheit im Haushalt macht bei Pflegediensten nicht selten nur etwa 50 bis 60 % der gesamten Arbeitszeit aus. Während dieser Anwesenheit im Haushalt muss mit den vereinbarten Einzelleistungen und deren Preisen der gesamte Dienst finanziert werden. Demjenigen, der jetzt meint, dies sei ein hausgemachtes Problem und könne durch effizientere Organisation behoben werden, muss ich leider mitteilen, dass dies die Pflegedienste schon seit Jahren tun bzw. unter dem Druck der Finanzlage tun müssen. So stellte z. B. der Diplom-Kaufmann Thomas Sießegger in seinem Gutachten zum PSG I im Jahr 2013 fest, dass diese Potenziale zur Effizienzsteigerung in den letzten 18 Jahren weitgehend ausgeschöpft wurden.

Weiter – dies klang heute bereits mehrfach an – ist es unstrittig, dass ambulante Pflege sehr personalkostenintensiv ist. 80 bis 90 % – über den genauen Wert kann man streiten – aller Kosten in einem Pflegedienst sind Personalkosten. Ich denke, die Logik gebietet, dass man die Personalkostensteigerungen, die wir erfahren, abbildet. Die Grundlohnsumme kann nicht der richtige Maßstab sein. Wir wissen alle, dass wir in den letzten Jahren, wenn man elf Jahre zurückblickt, ein Delta von 9 % haben und die Schere auseinandergeht. Irgendwann gibt es bei den Pflegediensten ein Minus, das nicht mehr ausgeglichen werden kann.

Deshalb möchte ich noch einmal sagen: Personal kostet Geld. Gutes Personal kostet gutes Geld. Die Bezahlung nachvollziehbarer Tarifsteigerungen ist das absolute Minimum, um ambulante Pflege am Leben zu erhalten.

Die Orientierung an der Einnahmenentwicklung der Krankenkassen, wie die häufig zitierte Bindung an die Grundlohnsummensteigerung, führt langfristig in die Sackgasse, und man erweist den Pflegediensten meiner Meinung nach damit einen Bärendienst. Ich meine auch, dass die Folgen nicht nur die Pflegebedürftigen spüren werden, sondern auch Sie werden in der Politik in den nächsten fünf bis zehn Jahren entsprechenden Druck bekommen, wenn sich an diesem System nicht grundlegend etwas ändert.

Meine Redezeit ist gleich zu Ende, aber ich könnte Ihnen noch einiges über unsere Verhandlungsstrategien sagen. Wir verhandeln mit den Kassen in Baden-Württemberg im Pflegebereich; aber wir müssen in dem anderen Bereich, in der HKP, Einzelverhandlungen führen. Hier wäre es sinnvoll, einen gemeinsamen Weg zu suchen. Das würde die Bürokratie und den Aufwand für uns und für die Mitarbeiter, die diese Leistungen mit drei verschiedenen Leistungsverträgen abrechnen müssen, wesentlich senken. Ich habe vor einigen Jahren, als ich Ligavorsitzender war, mit Herrn Scheller gesprochen und gedacht, wir sind auf einem guten Weg. Es hat jedoch nichts genützt. Hier wäre vielleicht der Druck der Politik nötig, auch wenn ich weiß, dass Sie als Aufsicht natürlich nur beschränkt etwas bei der AOK aktivieren können; aber man kann ja auch über anderes

einiges bewegen. Hilfreich wäre vielleicht, wenn wir dort zu einer Vereinfachung kommen würden; das wäre schon gut.

Da Sie mein Manuskript haben, verkürze ich meinen Vortrag und sage zum Schluss, dass die Ligaverbände insgesamt in Baden-Württemberg über zwei Drittel aller ambulant zu versorgenden Pflegebedürftigen pflegen und betreuen. Bundesweit liegen wir damit an der Spitze. Wir bringen unser gesamtes Know-how, unseren gesamten Hilfeangebotsmix ein und nehmen mit viel Engagement und Eigenleistung unsere Verantwortung für eine flächendeckende Versorgung wahr. Ich kann Sie nur bitten, dass Sie unsere Bemühungen im Interesse der Bevölkerung in Baden-Württemberg unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Heinz. – Wir kommen nun zu Herrn Einwag, Hauptgeschäftsführer der BWKG.

Sv. Herr Einwag: Herr Vorsitzender Rüeck, meine Damen und Herren! Vielen Dank für die Einladung. Mein Schwerpunkt ist die Krankenhauspflege. Dazu vier Punkte zur Ausgangslage:

Erstens: Nach einem Tiefpunkt im Jahr 2007 wächst die Zahl der Pflegepersonen in unseren Krankenhäusern wieder. Das ist eine positive Nachricht. Hieran sieht man auch deutlich die Auswirkungen des Pflegeförderprogramms der Jahre 2009 bis 2012.

Zweitens: Wenn man die nationalen Statistiken analysiert, könnte man meinen, die Ausgangslage für die Pflege in Baden-Württemberg in den Krankenhäusern sei gut. Obwohl wir nach bundesweit fast einheitlichen Vergütungssätzen finanziert werden, haben wir in Baden-Württemberg 5 % mehr Pflegepersonal am Krankenbett im Vergleich zu den anderen Bundesländern. Dies muss anerkannt werden und ist möglicherweise der Grund dafür, dass die baden-württembergischen Krankenhäuser bei Qualitätsbewertungen durch die Patienten häufig die ersten zwei, drei Plätze einnehmen.

Wenn man den Blick auf den internationalen Vergleich ausweitet, ändert sich die Bewertung. Dann ist die Beschäftigungsquote in Baden-Württemberg etwas weniger schlecht als in Gesamtdeutschland. Vor diesem Hintergrund herrscht Konsens darüber, dass wir dringend eine weitere Aufstockung des Pflegepersonals benötigen.

Drittens: 63 % der Krankenhauskosten sind Personalkosten. Damit sind die Personalbudgets und die Stellenpläne der Krankenhäuser extrem verletzlich, wenn es im Finanzierungssystem zu Veränderungen kommt. Aktuell sind massive Veränderungen im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes geplant; ich werde nachher noch darauf eingehen.

Viertens: Wie kommen wir zu zusätzlichen Pflegestellen? Müssen wir einfach nur Geld umverteilen? Eine kürzlich vorgestellte wissenschaftliche Untersuchung hat ergeben, dass die Kliniken das Geld, das in den Entgelten, die sie bekommen, für die pflegerische Versorgung enthalten ist, auch für Pflegepersonal ausgeben. Mit anderen Worten: Eine Umleitung von Betriebserlösen findet nicht statt. Das ist wichtig, da dies immer wieder als Vorwurf geäußert wird. Das heißt, wenn wir mehr Pflege in den Krankenhäusern für richtig halten, benötigen wir mehr Geld in den Budgets.

Wenn man diese Ausgangslage zugrunde legt, ergeben sich folgende Handlungsempfehlungen:

Handlungsempfehlung 1: Wer mehr Pflege in unseren Kliniken will, muss verhindern, dass durch den Wegfall des Versorgungszuschlags die Personalbudgets massiv unter Druck gesetzt werden. Mit dem KHSG, dem Krankenhausstrukturgesetz, muss der Versorgungszuschlag deshalb voll in den Landesbasisfallwert übernommen werden. An dieser Stelle einen ganz, ganz herzlichen Dank an die Abgeordneten des Landtags, die diese Position am Mittwoch letzter Woche in der Aktuellen Debatte einhellig unterstützt haben. Vielen Dank an alle Parteien.

Handlungsempfehlung 2 betrifft den Umgang mit Leistungssteigerungen in den Krankenhäusern. Diese sind allein schon wegen der demografischen Entwicklung, wegen des medizinischen Fortschritts, aber auch wegen des Bevölkerungswachstums in Baden-Württemberg zu erwarten. Fixkostendegressionsabschläge – für die Nichtspezialisten ein schreckliches Wort – müssen im Krankenhausstrukturgesetz so ausgestaltet werden, dass in den Krankenhäusern dadurch kein weiterer Druck auf die Personalbudgets entsteht.

Handlungsempfehlung 3: Die Personalkosten der jetzt beschäftigten Mitarbeiter müssen auch noch morgen bezahlt werden können. Ein Krankenhaus muss ohne Mehrleistungen in der Lage sein, seine unabweisbaren Kostensteigerungen zu finanzieren. Dazu muss das KHSG so geändert werden, dass die Abzugsbeträge beim Landesbasisfallwert gestrichen werden.

Diese drei Handlungsempfehlungen gehören zusammen, meine Damen und Herren. Erst wenn wir mit diesen drei Handlungsempfehlungen sichergestellt haben, dass das aktuelle Beschäftigungsniveau erhalten und finanziert werden kann, kann man sinnvollerweise über den Aufbau von mehr Personal und zusätzlichen Pflegestellen nachdenken.

Wir sind gegenüber den immer wieder diskutierten Personalanhaltszahlen kritisch eingestellt. Die Argumente dazu habe ich in meinem Paper schriftlich niedergelegt.

Handlungsempfehlung 4 zu der Frage: Wie können wir Personal aufbauen? Wenn die Finanzierung der aktuellen Beschäftigung durch die Maßnahmen 1 bis 3 sichergestellt

ist, dann erfolgt aus unserer Sicht der Aufbau des zusätzlichen Pflegepersonals – am besten über ein Pflegeförderprogramm, wie wir es 2009 bis 2012 gesehen haben. Das hat funktioniert.

Meine Damen und Herren, kurz zur Ausbildung: Es werden große Veränderungen diskutiert. Wir müssen die Diskussion über die politisch gewollte generalistische Ausbildung mit großer Sorgfalt führen. Dazu habe ich die Handlungsempfehlung 5 formuliert. Sie lautet, das Gesetzgebungsverfahren sehr sorgfältig zu begleiten. Drei Punkte brennen uns besonders unter den Nägeln:

Erstens: Auch bei einem einheitlichen Berufsabschluss muss ausreichend Raum für die Schwerpunktsetzung in der Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Altenpflege bleiben.

Zweitens: Bitte keine „Flaschenhalse“ in der Ausbildung produzieren! Aktuell sehen wir die große Gefahr, dass ein solcher „Flaschenhals“ z. B. in der verpflichtenden Präsenz für alle Auszubildenden in der Kinderkrankenpflege und der Geburtshilfe entsteht.

Drittens – ganz wichtig – muss die Finanzierung der Ausbildung gesichert sein. Deshalb machen wir große Fragezeichen hinter die aktuellen Pläne.

Eine Bemerkung zur geriatrischen Versorgung: Der Umgang mit der steigenden Zahl von geriatrischen Patienten stellt für das gesamte Gesundheitssystem eine große Herausforderung dar. Die stärkere Ausrichtung der Krankenhausbehandlung auf die Bedürfnisse geriatrischer Patienten ist in vollem Gange. Besonderen Handlungsbedarf sehe ich aktuell bei den Geriatrischen Institutsambulanzen. Deshalb an dieser Stelle meine Handlungsempfehlung 6: Es wird eine Gesetzesformulierung eingebracht, die über eine Änderung von § 118 a SGB V sicherstellt, dass geriatrischen Patienten der Zugang zu ambulanten therapeutischen Leistungen unserer Spezialisten in den Geriatrischen Institutsambulanzen gewährt wird. Das ist eine ganz aktuelle Entscheidung – ich habe es Ihnen im Statement aufgeschrieben –, die dies leider verhindert.

Eine gute pflegerische Versorgung hängt auch davon ab, ob die Krankenhäuser in der Lage sind, in moderne Strukturen zu investieren. Gerade im Bereich der Einzelförderung wurde die Förderung durch die grün-rote Landesregierung in den zurückliegenden Jahren in einem respektablen Umfang verbessert, das erforderliche Förderniveau aber leider noch nicht erreicht. Deshalb die Handlungsempfehlung 7: Bei der Einzelförderung wird eine Aufstockung der Mittel genutzt, um die Förderquote zu erhöhen. Die Pauschalförderung, die in den vergangenen zehn Jahren leider noch nicht einmal im Umfang der Inflationsrate erhöht wurde, wird kurzfristig deutlich aufgestockt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank an die vier Sachverständigen. – Ich habe bereits Wortmeldungen vorliegen. Herr Kunzmann.

Abg. Thaddäus Kunzmann CDU: Herr Opitz-Leifheit, Sie haben für die Liga das Thema Arbeitskräfte angesprochen. Deshalb habe ich an Sie eine Frage zur neuen Landesheimpersonalverordnung: Können Sie schon eine erste Einschätzung geben, wie sich das letztendlich auf Ihre Einrichtung bzw. generell auf die Einrichtungen der stationären Pflege auswirken wird?

Die zweite Frage geht an Herrn Einwag: Sie haben es zwar jetzt nicht gesagt, aber schriftlich niedergelegt, dass Sie das DRG-System nicht per se für pflegefeindlich halten. Nun ist im Rahmen der Anhörungen immer einmal wieder gefordert worden, sogenannte Pflege-DRGs einzuführen. Können Sie uns einmal Ihre Einschätzung dazu sagen?

Vielen Dank.

Abg. Manfred Lucha GRÜNE: Meine erste Frage geht an den Paritätischen Wohlfahrtsverband zum Quartiersmanagement: Das ist konzeptionell natürlich der Weg der Zukunft. Die Frage ist, wer in der organisations- und der leistungsrechtlichen Abstimmung die Verantwortung trägt. Sollen das die Kommunen in Form einer zentralen Steuerung tun? Sie haben Beispiele mit Verbund- und Hilfeplanstrukturen genannt, dass man diese verbindlich festlegt. Im Psychatriegesetz haben wir dies mittlerweile festgestellt. Vielleicht bedarf es auch in der Pflege und in der Behindertenhilfe analoger Strukturen.

Zur Arbeiterwohlfahrt – ich fasse es einmal mit dem von Herrn Heinz Gesagten zusammen –: Wir haben, als über das Entgelt diskutiert wurde, Vertreter der Krankenkassen damit konfrontiert, dass die Entgeltstruktur in der ambulanten Pflege nicht ausreichend sei. Darauf wurde uns entgegnet: „Ja, aber die Träger legen keine Kalkulationen und keine Tarifbindungen vor, und wir zahlen nichts, was wir nicht belegt bekommen.“ Sie haben zum Teil viele kleinteilige Mitglieder in Ihren Organisationsstrukturen, die vor Ort in der Tat nicht immer tariforientiert zahlen. Frau Breymaier sagte heute Morgen ebenfalls, man müsse zu einheitlichen, verbindlichen Tarifstrukturen kommen. Wir kennen auch Einzelsituationen, wo abweichende Entgeltstrukturen geschaffen werden.

Hier stellt sich eine Frage von Transparenz und Harmonisierung. In der Fläche begegnet uns überall das Problem der berühmten 10 % in der ambulanten Pflege, aber die Kassen sagen: „Wir wollen den Nachweis, und dann verhandeln wir.“ Hier gibt es offensichtlich auch seitens der Träger oft keine transparente Vorlage der Kalkulation.

Zur Krankenhausgesellschaft: Sie haben richtigerweise festgestellt, dass Pflegekräfte fehlen. Aber wir sind immer auch etwas irritiert, dass Sie, wenn es dann konkrete Vorschläge gibt, wie Personal- und Pflegebemessung oder NRGs, die ganz klar einen pfe-

ge- und sachgebundenen Mittelzuwachs fordern, diese ablehnen nach dem Motto: Gebt uns mehr Geld, und wir wissen dann schon, was wir als Krankenhausträger damit tun. Genau das hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass z. B. in der Pflege, die ja leider nicht die Lobby im Krankenhausbereich hat – in Deutschland ist alles sehr ärztesfixiert –, am meisten eingespart oder rationiert wurde – vor allem, wenn es um Notlagentarife bei Kliniken ging, die schwierig waren.

Zur Krankenhausförderung: Ein wenig ärgert uns schon, dass es zwar so viel Geld wie noch nie gibt, es aber nicht genug zu sein scheint. Aber es wurden auch in der Vergangenheit Investitionen in Klinikstrukturen – auch mit Zustimmung von BWKG-Vertretern im Landeskrankenhausausschuss –, in marode, nicht zukunftsfähige Institutionen getätigt, die dann geschlossen wurden, weil sie nicht am Markt blieben; aber vor zehn Jahren haben sie noch Gelder verschlungen. Ist im Gegenzug auch einmal die Bereitschaft vorhanden, als Gesellschaft zu bekennen: Wir können nicht für jeden, der bei uns Mitglied ist, sprechen. Wir müssen auch sagen, dass es Standorte gibt, die nicht zukunftsfähig sind.

Danke.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank. – Bei dieser Gelegenheit der Hinweis, dass kurze Fragen die Gelegenheit zu ausführlichen Antworten geben. – Herr Kollege Hinderer.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Zunächst vielen Dank an alle Vertreter der Ligaverbände und der BWKG für die Vorträge. – Ich würde gern an den letzten Block vor der Mittagspause anknüpfen, auch wenn Sie nicht alle anwesend waren. Es geht um das Thema „Kultursensible Pflege“. Insofern die Frage an die nicht konfessionell gebundenen Ligaverbände, DPWV, AWO und Rotes Kreuz: Wo sehen Sie hier Bedarf? Ich weiß, dass Sie in Ihren Einrichtungen Angebote machen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Wie ist dort die Nachfrage? Welche Entwicklungsperspektiven, welche Notwendigkeiten sehen Sie für kultursensible Pflegeangebote?

Eine Frage an Herrn Heinz, der die ambulante Pflege in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen gestellt hat; auch zu diesem Thema haben wir heute bereits etwas gehört. Bei der ambulanten Pflege kommen ja Behandlungspflegeleistungen, Grundpflegeleistungen, Leistungen aus dem SGB V und Leistungen, die aus der Pflegekasse finanziert werden, sehr eng zusammen. Vor diesem Hintergrund die Frage: Was bedeutet das Thema „Generalistische Ausbildung“ für den ambulanten Bereich?

Meine Frage an Herrn Einwag: Wir haben gerade zusammen, zumindest größtenteils, vor dem Landtag an einem „Haus der guten Pflege“ mitgebaut und Bausteine mit vielen Forderungen ausgefüllt. Schwerpunkt war die Altenpflege, aber wo sehen Sie für den Krankenhausbereich, wenn mehr Geld im System wäre – was Sie ja fordern –, den größten Handlungsbedarf, um die Pflege in den Krankenhäusern zu stärken: mehr Geld

für das Personal, weniger geteilte Dienste, mehr Praxisanleitung? Wo würden Sie die Schwerpunkte im Hinblick auf die Handlungsempfehlungen an Ihre Mitgliedseinrichtungen setzen?

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Ich will mich nur auf zwei Punkte beschränken; dann gewinnen wir wieder etwas Zeit. – Herr Opitz-Leifheit, Sie haben das Thema Personal angesprochen. Mich würde interessieren: Vermissen Sie weitere Weiterbildungsangebote und Qualifizierungsmaßnahmen, die Sie Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anbieten könnten, wenn wir im Bereich der akademischen Ausbildung mehr tun? Gerade beim Berufseinstieg sind dies für junge Menschen häufig Themen, die sie sich für den Beruf interessieren lassen. Welche Schwerpunkte könnten Sie sich vorstellen, die wir bisher in dieser Form noch nicht haben?

Die zweite Frage geht an Herrn Einweg: Wir haben heute Morgen in einem Vortrag gehört, dass befürchtet wird, dass 20 bis 25 % unserer Ausbildungsschulen wegfallen könnten, wenn die generalistische Ausbildung kommt. Dazu würde mich interessieren: Wie schätzen Sie das für den Bereich der Krankenhäuser mit den angegliederten Schulen ein?

Michael Wipp, externes Mitglied: Herr Heinz, vielen Dank für Ihren qualifizierten Vortrag; ich könnte ihn wirklich unterschreiben. Er bildet die Situation im ambulanten Bereich komplett ab.

Ich möchte auf zwei Punkte eingehen:

Wir haben in den letzten Jahren im stationären Bereich immer von der „Minutenpflege“ gesprochen. Was man nicht vergessen darf, ist, dass es diese im ambulanten Bereich genauso gibt. Die Mitarbeiter hetzen von Patient zu Patient, müssen Parkplätze suchen, Treppenhaus hoch, Treppenhaus runter, und letztendlich ist der Preis für die Leistung ja die Zeit, die darin steckt. Wenn man einmal überlegt, wie viele große ambulante Dienste – sowohl von den Wohlfahrtsverbänden als auch private – in den letzten Jahren nicht mehr wirtschaftlich arbeiten konnten – wir sprechen von „Ambulant vor stationär“ –, dann erkennt man, dass im System irgendetwas falsch ist. Das kann nicht sein.

Frage 1: Welche Möglichkeiten sehen Sie, wie man anders vorgehen könnte, um auch hier eine erträgliche Arbeitssituation für die Mitarbeiter, aber auch eine erträgliche Situation für die Patienten zu schaffen?

Frage 2: Wir haben jetzt den Entwurf einer Heimpersonalverordnung für Baden-Württemberg vorliegen, die erfreulicherweise ebenfalls die lange geforderten Vorbehaltsaufgaben enthält. Ambulant haben wir die absurde Situation – mit Frau Mielich habe ich dies bereits mehrfach diskutieren können –, dass identische Leistungen von Kräften mit unterschiedlichen Qualifikationen erbracht werden, je nachdem, von welcher Krankenkasse der Vertrag ist. Das ist eigentlich völlig absurd, und man betreibt einen

Riesenaufwand. Meine Frage: Sehen Sie Möglichkeiten, es zusammenzuführen, so dass es statt unterschiedlicher Vorgaben klar definierte erforderliche Qualifikationen und klare Leistungen dafür gibt?

Danke schön.

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Ich habe nur eine Frage an Herrn Opitz-Leifheit. Ich möchte gern wissen, wie Sie den veränderten Strukturen in der Klientel Ihrer Einrichtungen bei der Zusammensetzung des Fachpersonals begegnen. Der Hintergrund ist, dass zunehmend Menschen mit Demenz in der stationären Pflege versorgt werden. Die Frage ist: Brauchen wir nicht eine ganz andere Zusammensetzung der Betreuungsteams in der stationären Pflege?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank für die Fragen. Ich bitte wieder in der Reihenfolge der Vorträge um Antworten. – Frau Wolfgramm.

Sv. Frau Wolfgramm: Ich habe den Eindruck – da so wenige Nachfragen gekommen sind –, dass die quartiersnahe Pflege so selbstredend ist, dass es nur ganz wenige Anmerkungen gibt, wie jene von Herrn Lucha. Sie freut mich, weil er bestätigt hat, dass das eigentlich das Modell der Zukunft ist. Ich glaube, dass wir uns anschauen müssen, ob wir Quartiere, kleinräumige Wohneinheiten so gestalten können, dass Menschen dort bis ins hohe Alter hinein leben und gepflegt werden können. Das bedeutet, dass die unterschiedlichen Partner an einem Tisch eine Struktur aufbauen müssen, die dies ermöglicht, z. B. Wohnungsbaugesellschaften und private Wohnungsanbieter. Wir müssen unterstützen, dass es Wohngemeinschaften mit ambulanter Betreuung gibt, usw. Ich glaube, dass es dafür eine Quartiersentwicklung, ein Quartiersmanagement geben muss. Dieses muss finanziert sein; denn das macht niemand ehrenamtlich, und das werden auch die unterschiedlichen Akteure vor Ort gemeinschaftlich nicht aus einem Topf finanzieren können.

Ich denke, auch wenn eine solche Struktur aufgebaut ist, wenn die Umbauten stattgefunden haben und es dort ein alters- bzw. pflegegerechtes Wohnen gibt, brauchen wir Menschen, die vor Ort Ansprechpartner sind und die Hilfeplanstrukturen auch wirklich aufbauen können. Es gibt bereits Modelle, die z. B. „Pflegecafé“ oder ähnlich heißen. Man sollte sie jedoch nicht mit dieser Negativausrichtung initiieren, sondern mit einer positiven. Ich frage mich immer: Warum heißt es nicht „Gesundheitszentrum“ oder „Gesundheitscafé“? Denn es geht ja eigentlich darum, die Gesundheit so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Aber es braucht Ansprechpartner, und es braucht vor allem Netzwerke. Wenn diese unterschiedlichen Hilfesysteme gemeinsam aktiv werden sollen, müssen sie koordiniert und vernetzt werden, und – das ist das Schwierige – es braucht bürgerschaftliches Engagement: Angehörige, die in Pflegeleistungen eingebunden sind, müssen mit diesem Konzept erreicht werden. Nur dann kann das Ganze funktionieren.

Damit komme ich auf den Bereich der kultursensiblen Pflege zu sprechen. Ich denke, wenn man diese dezentralen Ansätze wirklich ernst meint, keine großen ambulanten

Pflegeeinrichtungen aufbaut, sondern kleine, dezentrale mit den Menschen, die vor Ort leben, dann könnten wir es auch schaffen, dass die Kulturgruppen, die in der Region leben, auch von Menschen aus dem entsprechenden Kulturkreis gepflegt werden können; denn man weiß, wenn man aus diesem Bereich kommt, dass z. B. ältere türkische Männer nicht unbedingt von einer polnischen jungen Frau gepflegt werden möchten; das funktioniert einfach nicht. Das heißt, wenn wir die Menschen dort abholen, wo sie leben – auch die Jüngeren in Form von Arbeitsverträgen für die Pflege oder auch Hilfskräfte, die wir in der Pflege einsetzen können –, dann werden wir auch diesem Anspruch der kultursensiblen Pflege gerecht werden können.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herr Opitz-Leifheit.

Sv. Herr Opitz-Leifheit: Schönen Dank, Herr Vorsitzender. – Es waren eine ganze Reihe von Fragen, aber ich versuche einmal, sie in einem „Parforceritt“ knapp zu beantworten.

Zunächst ein Wort zu den Auswirkungen der neuen Heimpersonalverordnung: Das haben wir bei uns noch nicht bis zum Ende durchdiskutiert; aber es gibt natürlich einige Probleme, die damit verbunden sein können – so sehr es z. B. begrüßenswert ist, wenn aufgrund der Fachkraftquote nachts jemand für 40 statt für 50 Personen da sein muss.

Nun muss man sich aber auch anschauen: Alle Träger sind auch immer schon aufgerufen gewesen, kostensparend zu planen und zu bauen. Dies tut man schließlich auch im Sinne aller Versicherten und aller Beitragszahler. Das heißt, es wurden in den letzten Jahren natürlich sehr viele Heime bei uns gebaut, die eben genau 50 Pflegeplätze haben – und die müssen dann nachts 1,25 Fachkräfte vorhalten. Daran sehen Sie bereits, dass dies etwas schwierig ist. Es gibt natürlich Probleme, die auch mit Kostensteigerungen zu tun haben, und man kann ab jetzt auch wieder anders bauen und planen; aber das sind eigentlich die Probleme, die man an verschiedenen Stellen haben wird. Grundsätzlich, wenn dies langfristig gesehen wird und man die Kosten wieder refinanzieren kann, ist es natürlich begrüßenswert.

Zum Thema Transparenz und Tarife vielleicht nur ein kurzes Wort. Die Arbeiterwohl- fahrt ist seit anderthalb Jahren sehr, sehr bemüht – wir sind dabei auch auf einem sehr guten Weg –, einen bundeseinheitlichen Sozialtarif, der nicht nur die Pflege, aber natürlich auch die Pflege umfasst, zu erreichen. Ich würde das für einen Riesenfortschritt in diesem ganzen Berufsfeld halten, das Millionen Menschen beschäftigt. Es würde sehr viele der Auswüchse und Probleme, über die wir auch hier in der Enquetekommission sprechen, beseitigen helfen, wenn man dieses Problem nicht mehr hätte. Auch die ganze Verhandlungsstruktur mit den Kostenträgern würde enorm vereinfacht, wenn nicht jeder kleine Träger seine eigene Kostenstruktur und seinen eigenen Tarif oder auch tarifentfernte Bezahlung – oder was auch immer – geltend machen muss. Ich hoffe, dass wir dort mithilfe der Bundesregierung noch in diesem Jahr zu einem Erfolg kom-

men, und würde mich darüber sehr, sehr freuen. Die anderen großen Träger sind, soviel ich weiß, im Moment alle an diesem Vorhaben beteiligt.

Zur Transparenz weiß ich nur von meinen Pflegediensten, zum Teil auch ambulanten Pflegediensten, dass diese sogar sehr genau vorlegen müssen. Wir hatten jetzt zum ersten Mal den Fall, dass die Kostenträger die Vorstands- bzw. Beschlussprotokolle sehen wollen, was wir denn genau hinsichtlich der Gehaltserhöhungen beschlossen haben. Sie haben sich nicht mehr darauf verlassen, dass es nur gesagt oder irgendwo eingetragen wurde. Selbstverständlich wird z. B. von unserem ambulanten Pflegedienst Rems-Murr auch vorgelegt: „Das bekommen unsere Pfleger und das bekommen unsere Pflegehelfer im Moment. Das ist die Durchschnittsbezahlung im Land, und deshalb müssen wir dringend etwas drauf satteln.“ Deswegen ist mir zumindest nicht bekannt, dass dort keine Transparenz vorhanden sein soll.

Bezogen auf die kultursensible Pflege kann ich mich der Kollegin anschließen. Wir halten es für wichtig, sie u. a. dadurch zu betreiben, dass man beim Personal bereits berücksichtigt, dass es auch die Pflegenden widerspiegelt. Wir sind mit einem ambulanten Pflegedienst in Ulm an einem Landesmodellprojekt beteiligt, in dem eine kultursensible Pflege angeboten wird. Unser Pflegepersonal in dem dortigen ambulanten Dienst sieht richtig toll aus, sage ich einmal etwas flapsig. Es kommt wirklich aus aller Herren Länder und spricht natürlich auch die zu Pflegenden ganz anders an, die ebenfalls aus aller Herren Länder sind. Ich denke, das ist ein sehr wichtiger Aspekt.

In den großen Pflegeeinrichtungen versuchen zumindest wir – ich nehme an, viele andere Träger auch –, kultur- und religionsneutral zu sein. Da haben wir z. B. einen Raum der Stille. Darin findet beispielsweise samstags und sonntags eine Messe statt. Der Pfarrer in Kornwestheim sagt uns immer, die Messe bei uns im Pflegeheim sei besser besucht als die in seiner Kirche. Es scheint also sehr gut zu funktionieren. In demselben Raum ist aber vielleicht zwei Tage später das muslimische Personal wieder bei einer muslimischen Feier versammelt. Man muss als Träger also sehr offen sein.

Die Qualifizierung hatten Sie, Herr Haußmann, glaube ich, angesprochen. Dazu will ich ein kleines Beispiel anführen. Wir sind natürlich immer sehr, sehr offen und freuen uns darüber; wir halten das Ganze für sehr, sehr wichtig. Es gibt ein Bundesmodellprojekt „Deutsch in der Pflege“. Wir machen in unserer Pflegeschule sehr gute Erfahrungen damit, Pflegehilfskräften, die ja sehr häufig einen Migrationshintergrund haben, mit gutem Deutsch, das speziell in der Pflege benötigt wird, mit speziellen Ausdrücken, die dort wichtig sind, sozusagen auf die Sprünge zu helfen. Sie sind dann oftmals in der Lage, doch noch die Aus- oder Weiterbildung zur qualifizierten Pflegefachkraft zu schaffen. Wenn ich mir die Prognosen anschau, wie viele Pflegekräfte wir in 20 Jahren brauchen, dann erkenne ich, dass es sehr, sehr wichtig ist, dass wir auch solche Qualifizierungen nutzen, um das Reservoir derer, die dies wahrnehmen können und wollen und gute Pflegerinnen und Pfleger werden, nutzen zu können.

Frau Mielich hatte eine Frage zur veränderten Struktur der Gesamtheit der Pflegebedürftigen gestellt. Ich denke nicht, dass man sehr viel anderes Personal braucht. Man muss selbstverständlich qualifizierter und intelligenter sowie differenzierter an die Pflege herangehen. Aber die einzelne Pflegekraft muss deshalb nicht „akademisiert“ werden, sondern man muss sicherstellen, dass in jeder Einrichtung die Pflegekonzepte sowie im Bereich der Pflegedienstleitung und aufwärts akademisch gebildete Menschen integriert sind, die dafür sorgen, dass eine adäquate Pflege stattfindet. Das ist bei uns der Fall, und ich nehme an, bei den anderen großen Trägern genauso.

Sv. Herr Heinz: Ich möchte, obwohl Herr Lucha eigentlich die Kollegin Wolfgramm gefragt hat, die Tarifbindung ansprechen. Ich denke, das ist schon ein wichtiger Punkt, Herr Lucha. Sie kennen sich ja im System gut aus. Wir haben als Rotes Kreuz z. B. die Tarifbindung in Baden-Württemberg. Ich denke, es ist eher ein Problem des Paritätischen Wohlfahrtsverbands, dass er mit kleinen Einrichtungen und Privaten Schwierigkeiten hat, ein eigenes Tarifwerk zu präsentieren. Aber unser Bestreben ist, dass nicht nur die Kirchen, sondern auch das DRK sagt: Wir haben Tarifverträge. Wenn Sie dieses Delta in den letzten elf Jahren sehen, dann erkennen Sie, dass man die 9 % irgendwo hernehmen muss. Ich denke, der Tarifvertrag per se – er muss nachgewiesen werden; wenn nicht, kann man in Einzelverhandlungen gehen – müsste eigentlich anerkannt werden. Das ist eines unserer großen Anliegen.

Noch ein Satz, Herr Lucha: Wir können natürlich jetzt alle Daten erfassen, aber das ist meiner Meinung nach eher ein Wirtschaftsförderprogramm, das die Krankenkassen für EDV-Unternehmen auslegen würden. Wenn man versucht, alles minutiös zu machen und zu markieren, so würde dies wieder von der Pflege abgehen. Dann kann man direkt den Bock zum Gärtner machen.

Zu Herrn Hinderer bezüglich der kultursensiblen Pflege: Natürlich ist das Rote Kreuz per se schon von seinen Grundsätzen her offen und nicht kirchlich gebunden. Deshalb sehen wir es als große Aufgabe an – obwohl wir natürlich, wie Sie alle wissen, ein sehr kleiner Träger im ambulanten sowie im stationären Bereich sind –, dass wir den Migranten dieses Angebot machen. Wir werben auch offensiv bei den Migranten, dass sie eine Ausbildung bei uns machen. Für uns ist das eigentlich das originäre Thema, um das wir uns kümmern.

Das Thema „Generalistische Ausbildung“ sehe ich schon etwas ambivalenter, da wir auf der einen Seite sagen, wir sind im Grundsatz dafür. Auf der anderen Seite sehe ich mit einer gewissen Sorge – dies klang vorhin an und ist eine Überleitung zu dem, was Herr Wipp sagte –, dass wir eine extrem hohe Verdichtung der Taktzeiten im ambulanten Pflegedienst haben. Dies ist natürlich nicht unbedingt ein Signal, um gute Kräfte zu werben; deshalb habe ich Sorge. Wir haben im Moment noch einen hohen Anteil von Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern im ambulanten Bereich. Aber wenn wir das so weitertreiben – eigentlich geht es gar nicht mehr weiter –, dann werden sich die ambulanten Pflegedienste schwer damit tun, dass Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, die die generalistische Ausbildung absolviert haben, zu uns kommen. Diesen Teil

betrachte ich mit einer gewissen Sorge. Deshalb ist es umso mehr die Aufgabe, dass wir diesen Druck aus der ambulanten Pflege herausnehmen.

Damit bin ich bei Ihrer Frage, Herr Wipp: Was kann man an dieser Stelle tun? „Verbesserungen für die Mitarbeiter“ war Ihr Stichwort. Ich sage Ihnen einmal ganz einfach: Man müsste versuchen – dies läuft in zwei Modellprojekten –, die Bürokratie etwas zurückzudrängen. Ich habe einen ganz konkreten Vorschlag, auch wenn, glaube ich, hier eher der Bund der Verordnungsgeber ist: Man könnte z. B. den unsäglichen Genehmigungsvorbehalt, den die Krankenkassen bei der Genehmigung der ärztlichen Vorbehalte haben, abschaffen. Wir würden dort unwahrscheinlich viel sparen. Das System ist von Misstrauen geprägt. Die Krankenkassen müssen noch einmal das genehmigen, was der Arzt gemacht hat, und wir als Pflegedienst müssen es dann noch einmal korrigieren und müssen beraten. Darin steckt ein Wust an Bürokratie; das ist ein typisch deutsches Problem. Ich meine, dort könnte man durch einen Federstrich – indem man eine solche Verordnung ändert – den Krankenkassen ein bisschen ein Recht wegnehmen, aber unwahrscheinlich viel Zeit und Bürokratie einsparen und Synergieeffekte erzeugen.

(Beifall – Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Sehr gut!)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herr Einwag.

Sv. Herr Einwag: Vielen Dank für die Worterteilung und für die vielen Fragen. Ich versuche, sie schnell zu beantworten. – Herr Kunzmann, Pflege-DRGs sind nicht per se pflegefeindlich; dazu hatten Sie um ergänzende Informationen gebeten. Ich hatte die Ausgangssituation dargelegt; das ist eine sehr harte Erkenntnis. Das Geld, das wir für Pflege bekommen, geben wir auch für Pflege aus. Nichtsdestotrotz gibt es erst einmal innerhalb des DRG-Systems auch gute Möglichkeiten, die Abbildung der Pflege weiter zu verbessern. Dort entwickelt sich das System weiter über spezielle Diagnose- und Prozedurencodes für die Pflege. Dort tut sich etwas. Es geht langsam, aber schrittweise weiter.

Ein zweiter systemimmanenter Prozess, der ebenfalls läuft, ist die Qualitätssicherung. Das heißt, man schaut, ob die Pflegequalität stimmt. Bisher setzt die Qualitätssicherung sehr stark an den medizinischen Leistungen an, aber zunehmend gibt es auch Indikatoren für die Pflegequalität. Das wäre auch die systemadäquate Lösung. Wenn man dann sagt, es genügt nicht, man ist damit nicht zufrieden, müsste man über systemverändernde Aspekte nachdenken, wie z. B. die Nursing Related Groups, wobei das vorrangige Problem, gutachterlich bestätigt, zu wenig Geld im System ist. Die NRGs sind im Moment, wenn man ehrlich ist, erst einmal nicht mehr als ein Gedankenexperiment; es gibt sie noch nicht. Es gibt eine Blaupause dazu, und es wäre schon ein Systemwechsel. Ich bin noch nicht so weit, zu sagen, dass das System nicht in der Lage ist, Pflege ordentlich abzubilden.

Herr Lucha, Sie hatten viele Fragen. Das Erste schließt im Grunde direkt an den Gedanken von Herrn Kunzmann an: „Warum ist die BWKG so kritisch gegenüber Personalanhaltszahlen und anderen Aspekten, die diskutiert werden?“ Zwei Aspekte dazu: Selbst wenn man einmal vernachlässigen würde, dass Personalanhaltszahlen – von allen Wissenschaftlern bestätigt – im DRG-System systemfremd sind, halte ich die Personalanhaltszahlen für Baden-Württemberg für pflegegefährdend – ich sage dies so deutlich. Ich habe Ihnen auch gesagt, warum: Wir haben über 5 % mehr Pflegepersonal in Baden-Württemberg.

Nun durchdenken Sie das einfach einmal. Personalanhaltszahlen werden ja bundesweit eingeführt. Was heißt das? In der restlichen Republik muss das Personal um 5 % hochgefahren werden, bevor eine zusätzliche Pflegekraft in Baden-Württemberg eingestellt wird. Wenn Sie das in Euro ausrechnen, so heißt das: Sie müssen in die Pflege bundesweit 1,8 Milliarden € stecken, bevor der erste Euro in eine neue Pflegekraft in Baden-Württemberg investiert wird. Dazu sage ich als Baden-Württemberger: Nein, ich will die Pflege auf anderen Wegen verbessern. Darüber können wir diskutieren, aber dafür bin ich zu sehr Vertreter baden-württembergischer Interessen.

Wir haben ein Pflegeförderprogramm – ich hatte es vorgeschlagen –, wenn man die Grundfinanzierung gesichert hat. Denn das ist das eigentliche Problem; darauf bin ich in meinem Vortrag eingegangen. Es ist mir wirklich wichtig, dass dies auch in den Diskussionen präsent ist. Es macht wenig Sinn, über ein Pflegeförderprogramm, egal, in welcher Höhe, zu diskutieren, wenn man die Finanzierung nicht geregelt hat. Das heißt, als ersten Schritt müssen wir die Grundfinanzierung der jetzt beschäftigten Mitarbeiter gesichert haben. Das ist nicht gewährleistet. Wenn man dann ein Pflegeförderprogramm auflegt, wie 2009 bis 2012, so ist das ein sehr sicheres Programm für einen Personal- aufbau, der auch kontrolliert wird. Es gibt den Bericht des GKV-Spitzenverbands zum letzten Pflegeförderprogramm. Er hat bestätigt, dass 99,7 % der Gelder, die in Baden-Württemberg zusätzlich geflossen sind, in zusätzliche Pflege investiert worden sind; dies wurde von Wirtschaftsprüfern bestätigt. An dieser Stelle haben wir uns überhaupt nichts vorzuwerfen.

Die Förderung war Ihr zweiter Punkt. Ich habe bei Ihnen etwas Ärger verspürt nach dem Motto: „Herr Einweg nörgelt immer noch herum.“

(Abg. Manfred Lucha GRÜNE: Das hätte ich mich nie zu sagen getraut!)

– Ja, das habe ich falsch gehört. – Ich zitiere mich selbst: Ich habe gesagt, die Landesregierung hat die Förderung in einem respektablen Umfang verbessert. Herr Lucha, man kann den Bedarf ausrechnen. Es gibt eine vom Gesetzgeber im SGB V vorgesehene Kalkulation zu den Investitionsbedarfen. Man kann das ausrechnen – das ist keine BWKG-Meinung –, und egal, wie man es macht, man kommt zu dem Ergebnis: Mindestens 100 Millionen € – das ist eher konservativ gerechnet – fehlen pro Jahr noch. Wir haben viel getan, aber das kann man einfach ausrechnen.

Sie haben sich eine etwas spitze Bemerkung erlaubt: Die BWKG hätte in der Vergangenheit der Finanzierung maroder Strukturen zugestimmt. Gestatten Sie mir, an dieser Stelle zu sagen: Der Landeskrankenhausausschuss ist ein beratendes Gremium; die Verantwortung trägt das Land. Das Land wird durch die Abgeordneten kontrolliert, und das sind Sie. Wir stehen zu unserer Verantwortung, aber Sie haben da schon auch eine Verantwortung.

(Unruhe)

Uns eint, denke ich, dass wir beide für eine aktive Planung eintreten

(Zuruf des Abg. Manfred Lucha GRÜNE)

und die Aufgabe der Krankenhausplanung ganz bewusst und mit voller Überzeugung beim Land, bei den demokratisch legitimierten Körperschaften angesiedelt ist. Dort gehört sie hin und nirgendwo anders.

Ich weise darauf hin – das wird immer etwas unterschätzt –, dass wir eine relevante Veränderung in der Struktur haben. Es kommt immer wieder – das haben Sie jetzt nicht so gesagt – der Vorwurf: „Es tut sich nichts bei den Strukturen.“ Ich rufe in Erinnerung, dass wir in den letzten zehn Jahren pro Jahr 1 % Kapazitätsabbau hatten, dass jährlich zwei bis drei Krankenhäuser schließen und wir aktuell viele Strukturdiskussionen und Strukturveränderungen haben. Es tut sich also schon etwas. Man kann immer darüber streiten, ob es schnell genug ist oder ob es nicht noch schneller gehen kann, aber man muss schon auch sehen: Wir sprechen über einen Bereich, in dem wir Investitionen auf 30, 40 Jahre haben; da kann man nicht so schnell zweistellige Prozentwerte umsteuern. Ich denke, dort tut sich schon etwas.

Herr Hinderer, Sie fragten, wo wir die Schwerpunkte setzen würden, wenn es mehr Geld gäbe. Dies hängt natürlich auch ein wenig davon ab, wie das Finanzierungsregime läuft. Wenn wir uns etwas wünschen könnten, dann – ich wiederhole mich – würden wir zuerst die Grundfinanzierung sichern, also jene Beschäftigten, die wir haben, heute und auch morgen ordentlich finanzieren, und dann Personal in der Pflege aufbauen, gern über ein vollkommen durchkontrolliertes Pflegeförderprogramm, wie wir es im Moment haben. Wir brauchen mehr Personal am Bett; aber vorher muss erst die Grundfinanzierung gesichert sein.

Herr Haußmann, Sie fragten nach der Generalistik. Das macht uns wirklich Sorgen; ich denke, es ist auch angeklungen, auch wenn ich es nur ganz kurz angesprochen habe. Wir haben das Gefühl, dass die Überlegungen – es gibt ja erst einen Arbeitsentwurf für dieses Gesetz – gerade auch zur Finanzierung der Ausbildung arg holzschnittartig sind. Wir sehen da große Gefahren. Unser Logo ist: Krankenhaus – Reha – Pflege. Wir haben Einrichtungen in allen drei Sparten. Besonders macht es uns mit Blick auf die Altenpflege Sorgen. Ob das nun – so weit würde ich jetzt nicht gehen – 20 % sind, ist

schwierig zu sagen. Bei den Überlegungen zur Finanzierung – man wirft da ein bisschen was zusammen, und irgendwie fällt ein Anrechnungsschlüssel 10,6 % vom Himmel; niemand weiß genau, wie er berechnet ist – gibt es viele Aspekte, bei denen man genau hinschauen muss.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank an unsere Referentin und unsere Referenten. – Wenn nicht der nachhaltige Wunsch nach einer Pause besteht, würde ich gleich zum nächsten Block übergehen. – Ich sehe, das ist nicht der Fall.

Ich darf nun sehr herzlich begrüßen Herrn Dr. Holger Pressel für die AOK Baden-Württemberg und Herrn Frank Winkler, B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg. Gern hätte ich Herrn Dr. Tim Genett vom Verband der Privaten Krankenversicherung begrüßt. Er wäre aus Berlin gekommen, wenn sein Flug nicht gecancelt worden wäre; aber wir haben seine schriftliche Stellungnahme vorliegen. Herr Dr. Johannes Fechner ist aber da – er vertritt die Kassenärztliche Vereinigung – und ebenfalls Herr Ulrich Hartschuh von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, Abteilung Sozialmedizinischer Dienst, Reha-Management.

Herr Dr. Pressel, Sie dürfen unter der Leitung von Herrn Kollegen Lucha beginnen, da ich mich kurz verabschieden muss.

Sv. Herr Dr. Pressel: Zunächst einmal auch von meiner Seite vielen Dank für die Einladung. Vielen Dank für die Gelegenheit, die Positionen der AOK Baden-Württemberg vorzutragen. Herr Dr. Hermann war schon als Sachverständiger zum Thema Finanzierung eingeladen. Insofern verweise ich auf seine damaligen Ausführungen und seine damalige Stellungnahme sowie auf die von mir eingereichte Stellungnahme.

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

Wir sind heute als AOK Baden-Württemberg in unserer Eigenschaft als Kosten- bzw. Leistungsträger eingeladen; insofern werde ich natürlich etwas zum Bereich Finanzierung sagen. Darüber hinaus möchte ich aber noch zwei Aspekte ansprechen, die, soweit ich das mitbekommen habe, heute überhaupt noch nicht oder kaum angesprochen wurden: die Bedeutung der Aspekte Prävention und Rehabilitation. Ich habe die Debatte heute Morgen verfolgt – dies kann man mittlerweile sehr gut über „Landtag live“ am Bildschirm tun –, und nach meiner Wahrnehmung wurden diese beiden Aspekte überhaupt nicht oder zumindest kaum angesprochen. Sie sind mit dem Blick auf ein umfassendes Verständnis der Thematik Pflege – so ist ja die Pflegeenquetekommission angelegt – von großer Bedeutung; insofern dazu ebenfalls noch einige Worte.

Die Herausforderungen – sie wurden bereits mehrfach genannt, und ich möchte es insofern kurz machen – sind natürlich sehr, sehr vielfältig. Vielleicht ein Satz zum Thema Pflegepersonal, da dieses heute Morgen häufig angesprochen wurde. Natürlich sehen auch wir die Bedeutung, sich um Pflegepersonal zu kümmern. Dieses ist heute – es fiel

bereits der Begriff „Fachkraftmangel“ – bereits in weiten Teilen ein Engpassfaktor, und natürlich wird der Bedarf an Pflegekräften zunehmen; das ist klar. Ich möchte an dieser Stelle ein Bekenntnis für die AOK Baden-Württemberg in puncto angemessener, attraktiver Vergütung abgeben. Diese ist aus meiner Sicht ein Teil der Wertschätzung, die das Pflegepersonal verdient hat und auch erfährt.

Ich möchte aber andererseits noch einmal auf das Thema „Forderung nach Transparenz“ zurückkommen. Vorhin fiel der Begriff „Bürokratie“. Wenn Krankenkassen oder Pflegekassen Daten wollen, dann ist das immer des Teufels und ganz schlimm und geht in Richtung Bürokratie. Das ist eine recht schlichte – um nicht zu sagen: falsche – Sicht der Dinge; denn es ist schon eine legitime Forderung, zu wissen, wofür wir das Geld eigentlich ausgeben sollen. Wenn wir mit der Forderung konfrontiert werden: „Wir brauchen mehr Geld, da die Personalkosten steigen“, dann ist es durchaus legitim, zu sagen: „Okay, dann zeigt uns bitte einmal, wie eure Personalkosten steigen und warum.“ Diese berechnete Forderung nach Transparenz verhält leider meist.

Ganz kurz zur demografischen Entwicklung; die Zahlen kennen Sie, glaube ich. Mit der zunehmenden Anzahl an Pflegebedürftigen steigen logischerweise auch die Kosten; das ist klar. Außerdem hatte ich in meiner Stellungnahme einen Punkt angeführt, den Herr Dr. Hermann ebenfalls angesprochen hat: das klare Bekenntnis zum Festhalten an einer solidarischen Finanzierung.

Ich habe hier einen Chart zum Thema „Pflege-Bahr“. Dabei geht es mir vor allem um den dritten Spiegelstrich, die sogenannte inverse Umverteilung. Bei privaten Zusatzversicherungen gibt es das Problem, dass sie – die Inanspruchnahme ist ohnehin recht gering –, wenn überhaupt, in der Regel von jenen nachgefragt werden, die finanziell eher besser gestellt sind, und von denjenigen, denen es finanziell weniger gut geht, weniger nachgefragt werden, da sie einfach die Mittel nicht haben, um diese Zusatzversicherungen bezahlen zu können. Dies führt dann zu einer inversen bzw. umgekehrten Umverteilung und ist insofern mit den Prinzipien der solidarischen Finanzierung nicht oder nur sehr, sehr schwer in Einklang zu bringen, da auch jene, die beispielsweise den „Pflege-Bahr“ nicht in Anspruch nehmen, Steuern bezahlen, beispielsweise die Mehrwertsteuer, und diejenigen, die den „Pflege-Bahr“ in Anspruch nehmen, von jenen subventioniert werden, die ihn nicht in Anspruch nehmen. So entsteht eine sogenannte inverse Umverteilung. Insofern an dieser Stelle noch einmal das klare Bekenntnis zum Festhalten an einer solidarischen Finanzierung.

Eine Forderung, die eher etwas visionär und Zukunftsmusik ist – es ist aber auch in unseren Stellungnahmen, sowohl in meiner als auch in der von Herrn Dr. Hermann erwähnt –: Finanzausgleich bzw. mittelfristig sogar Überwindung der Trennung in soziale und private Pflegeversicherung. Sie sehen hier den Anteil der Pflegebedürftigen abgebildet, den die private Pflegeversicherung hat, in Relation zur sozialen Pflegeversicherung. Dieser Anteil ist immer deutlich geringer.

Ganz kurz zur Prävention: Einfach nur die Aussage: Prävention lohnt sich auch im Alter. Wir haben Studien durchgeführt, auch mit dem Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg. Wir haben ein sehr erfolgreiches Programm „Sturzprävention“. Sie sehen, sowohl die Anzahl der Stürze insgesamt als auch die der Frakturen sowie die der Krankenhauseinweisungen ist jeweils um einen Wert im zweistelligen Prozentbereich zurückgegangen.

Reha: Hier nur das Bekenntnis zur geriatrischen Rehabilitation. Es gibt den Grundsatz „Reha vor Pflege“. Dieser wird häufig auch in sogenannten Sonntagsreden erwähnt; aber praktisch ist die Situation der geriatrischen Rehabilitation nicht sonderlich gut. Deshalb an dieser Stelle ein klares Bekenntnis der AOK Baden-Württemberg zu einem Erhalt bzw. sogar Ausbau der geriatrischen Rehabilitation. Wir als AOK unterstützen auch als einzige Krankenkasse im Land eine Versorgungsstrukturanalyse. Wie gesagt, ein klares Bekenntnis zur geriatrischen Rehabilitation.

Ein weiterer Aspekt, der noch eher im engeren Sinn das Thema Pflege betrifft, ist die Anregung, auch in der Pflege rehabilitative Elemente zu integrieren. Es wird manchmal die Aussage gemacht – die ehrlicherweise nicht völlig verkehrt ist –, dass Krankenkassen eigentlich gar keinen großen Anreiz haben, in Reha oder geriatrische Reha zu investieren, da dann ja die Kosten bei einer Pflegebedürftigkeit bei einem anderen Kostenträger anfallen. Hier könnte man einen Anreiz für Krankenkassen schaffen, noch mehr in Reha, in geriatrische Reha zu investieren, indem es quasi einen Rückfluss von der sozialen Pflegeversicherung an die GKV oder eine Teilerstattung gibt. Das wäre ein Instrument, um die Anreize für Krankenkassen respektive Pflegekassen, mehr im Bereich Reha zu tun, zu erhöhen. Wir haben mit der Uni Heidelberg bereits entsprechende Projekte laufen.

Als Letztes – dabei schließe ich an die Ausführungen von Frau Armbruster, die ich heute Morgen im Livestream gesehen habe, an –: Klar ist, dass es Pflege nicht zum Nulltarif gibt. Aus unserer Sicht ist auch die Erhöhung des Beitragssatzes um 0,2 Prozentpunkte zu gering und wäre es besser gewesen, das Geld, das in den Pflegevorsorgefonds investiert wird – dessen Return on Investment fragwürdig ist –, in verbesserte Leistungen zu investieren.

(Beifall)

Just in time.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Dr. Pressel. – Nun darf ich Herrn Winkler für die B 52-Verbändekooperation das Wort erteilen.

Sv. Herr Winkler: Herr Vorsitzender, meine sehr verehrten Damen und Herren Abgeordneten, meine sehr verehrten Damen und Herren, die als Zuhörer hier sind! Ich möch-

te unsere Standpunkte und Forderungen zur Pflege im Allgemeinen und im Speziellen anhand einiger Schwerpunkte vorstellen.

(Der Redner begleitet seinen Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 5*.)

Ich spreche hier für die Verbändekooperation B 52. Dahinter verbergen sich, wie Sie sehen können, der BKK Landesverband Süd, die IKK classic, die Knappschaft und der Verband der Ersatzkassen; aus diesem Hause komme ich.

Erstens: Die Ausgangssituation für uns sind die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Ich stelle zunächst einmal fest: Wir werden immer älter, wir werden dementer, wir werden weniger. Wir werden aber auch bunter und jünger.

Zweitens begrüßen wir die Initiativen im Bereich der Pflege auf Bundes- und auf Landesebene, zum einen diese Enquetekommission zur Zukunft der Pflege – das ist eine sehr gute Aktion; darin sind wir, wie wir heute sehen, sehr eng eingebunden –, zum anderen den runden Tisch des Sozialministeriums, die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, das Bundesprojekt zum Bürokratieabbau in der Pflege, die Pflegestärkungsgesetze – auf diese ist bereits mehrfach eingegangen worden –, das PSG I, das zum Januar 2015 greift, und das PSG II, das ab Januar 2017 greifen soll, sowie die Diskussion um die Zukunft der Pflegenoten, die wir ebenfalls begrüßen. Entscheidend wird für uns sein, dass die Umsetzung und der Nutzen für die Bürgerinnen und Bürger im Land vorhanden sind.

Was kann uns allen, die wir hier sitzen, passieren: Tumorerkrankungen, Schlaganfall, Demenz? Wir wissen es nicht. Wir wissen aber vorher, welche Möglichkeiten und Rahmenbedingungen es in Deutschland gibt. Die Leistungsfähigkeit der Pflegeversicherung setzt eine stabile Finanzierung voraus; auch dies ist hier bereits mehrfach angesprochen worden. Ich denke, dass sich die 1995 eingeführte Pflegeversicherung, die jetzt 20 Jahre Bestand hat, bewährt hat. Wir müssen uns aber eines immer wieder klarmachen: Wir haben es hier mit einer Teilkostenversicherung, also einer Teilkaskoversicherung, zu tun; das zu berücksichtigen, ist ganz, ganz wichtig. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind auf der Grundlage sich wandelnder gesellschaftlicher Rahmenbedingungen regelmäßig in angemessener Weise zu dynamisieren – dafür treten wir als Verbändekooperation ein –, sodass man z. B. festlegt: Etwa 4 % sind bei allen bisherigen Pflegeleistungen notwendig, um dem inflationsbedingten Preisverfall der Leistungen entgegenzuwirken.

Sehr gut herausgearbeitet wurde, dass der Mensch selbstbestimmt ist – eigentlich ist das eine Binsenweisheit –, niedergelegt in § 2 SGB XI. Es geht um konkrete Wünsche und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und Angehörigen; auch dies wurde heute Morgen und gerade eben angesprochen. Den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff halten wir als B 52-Verbändekooperation für umfassender, und wir begrüßen ihn ausdrücklich. Sie wissen, dass nunmehr kognitive und psychische Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten einbezogen werden.

Zum Thema Pflegenoten: Ein Qualitätsausschuss auf Bundesebene wird ein Nachfolgemodell für die Pflegenoten erarbeiten. Bis dahin gelten die derzeitigen Pflegenoten weiter. Aber wir sind auch daran interessiert, dass hier eine Überarbeitung mit einer Differenzierung erfolgt, auch dahin gehend, dass z. B. ein Dekubitus viel gravierender ist als das Aussehen einer Speisekarte, um es einmal ganz einfach darzulegen.

Zum Thema Landesheimbauverordnung: Bei der Landesheimbauverordnung besteht die Gefahr, dass mit dem obligatorischen Einzelzimmergebot ab dem Jahr 2019 ein Engpass in der stationären Versorgung entsteht. Hier fordern wir von Land und Kommunen, im Rahmen ihrer Zuständigkeiten bei der Pflegeinfrastruktur ihre Anstrengungen für die Förderung alternativer Wohnformen zu verstärken. Herr Hinderer brachte bereits zum Ausdruck, dass man daran arbeitet, für alternative Wohnformen sorgen wird und sich dafür einsetzt.

Die pflegebedürftigen Menschen müssen ganzheitlich – auch dies wurde hier von vielen Rednern angesprochen – betrachtet werden. Sie dürfen nicht nur nach den Kategorien der sozialen Pflegeversicherung in den Blick genommen werden; denn oftmals wird einfach nur auf die Teilkostenfinanzierung reduziert. Es geht für uns um tragfähige Netzwerke in allen Lebenswelten, und hierbei sind alle Akteure des gesellschaftlichen Lebens gefragt. Wir müssen auch einer Entmischung der Generationen entgegenwirken. Dazu ist ebenfalls bereits einiges gesagt worden; ich möchte das an dieser Stelle nicht vertiefen.

Was wir ebenfalls brauchen – auch dies wurde bereits angesprochen, und darin stimme ich meinem Kollegen Dr. Holger Pressel zu –: Wir brauchen Zahlen, Daten und Fakten, um adäquat entscheiden zu können. Teilweise wird die Bürokratie nicht von uns gemacht, sondern sie wird uns auch politisch vorgegeben; das muss man sich klarmachen, und dies hat zumeist auch seinen Sinn.

Zum Thema Pflegekräftemangel. Nach Zahlen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Nürnberg bleiben offene Stellen in der Pflege immer länger unbesetzt, weil der Nachwuchs fehlt. Im Juni kamen in Baden-Württemberg auf je 100 Stellenangebote 28 Bewerber. Fachleute gehen davon aus, dass in 20 Jahren in Baden-Württemberg mehr als 15 000 Pflegekräfte fehlen dürften. Dann kommen die geburtenstarken Jahrgänge der Fünfziger- und Sechzigerjahre in das Alter, in dem verstärkt Pflegebedürftigkeit auftritt, wobei man auch sagen muss, dass diese Jahrgänge im Rahmen des eigenen Verhaltens, soweit es ihnen möglich ist, im Bereich Gesundheit, mit Bewegung und Ernährung schon einiges für sich tun.

Zu den weiteren Beratungsangeboten, zu den Pflegestützpunkten: Wir stellen derzeit 48 Pflegestützpunkte in 42 von 44 Stadt- und Landkreisen zur Verfügung. Die Kranken- und Pflegekassen finanzieren dies zu zwei Dritteln, die kommunalen Landesverbände zu einem Drittel. Von meiner Seite sind wir in puncto Erweiterung dieser Pflegestützpunkte in Gesprächen, und wir sind gegenüber einem Ausbau offen. Aber auch hierzu möchte ich Ihnen mitgeben, dass wir natürlich immer die regionalen Gegebenheiten

berücksichtigen müssen. Es muss angemessen und bedarfsgerecht sein. Wir brauchen dafür nachvollziehbare Prüfkriterien; das ist nun einmal ein Faktum. Da beißt die Maus keinen Faden ab.

Ich möchte es hierbei mit den Schwerpunkten für den Bereich Pflege bewenden lassen und danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Herr Winkler. – Nun darf ich Herrn Dr. Fechner für die Kassenärztliche Vereinigung bitten. Auch Ihnen ein herzliches Willkommen!

Sv. Herr Dr. Fechner: Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete, meine Damen und Herren! Ich darf die zentralen Positionen der Kassenärztlichen Vereinigung zum Thema „Pflege in Baden-Württemberg“ vortragen. Aus meiner Sicht sind es drei Problemkreise, die die Gestaltung einer zukunftsorientierten und nachhaltigen Pflege in Baden-Württemberg und in der Bundesrepublik beeinflussen:

Erstens: der prognostizierte Mehrbedarf an ambulanten medizinischen Leistungen aufgrund der hinlänglich beschriebenen demografischen Entwicklung.

Zweitens: Die Nachwuchsprobleme, die sowohl die Angehörigen der Pflegeberufe als auch die Haus- und Fachärzte betreffen, werden die Versorgung zusätzlich erschweren.

Drittens sind wir uns wahrscheinlich alle einig – ich schaue die Vertreter der Kassen an –, dass die finanziellen Mittel in Zukunft begrenzt bleiben werden.

Die Summation dieser drei Komplexe stellt die niedergelassene Ärzteschaft und die Pflegeberufe vor große Herausforderungen, die nach kreativen Lösungen suchen. Lösungen können aus Sicht der KVBW nur gemeinsam, also in Kooperation der beiden Professionen, gefunden und umgesetzt werden. Ich denke aber auch, dass in Einzelfällen die Krankenhäuser auch über die Kassen eingebunden werden.

Beispielsweise sprechen wir seit vielen Jahren, eigentlich schon seit Jahrzehnten über den Einsatz von telemedizinischen Anwendungen; aber der Schub, wie die medizinischen Prozesse in die Praxis kommen können, fehlt mir in Baden-Württemberg sowie im Rest der Republik noch. Wir brauchen gemeinsame IT-gestützte Informationssysteme – da ist gleich wieder der Datenschutz dagegen –, und wir haben auch die Entbürokratisierung als Chance, bereits kurzfristig Verbesserungen in der Versorgung der zu Pflegenden zu erreichen.

Ich möchte drei Punkte herausgreifen und als Erstes einen bescheidenen Versuch zum Bürokratieabbau darstellen, wie gemeinsame Anstrengungen hierbei durchaus erfolg-

reich sind. Herr Winkler, ich bin Ihnen dankbar, dass Sie mir diese „Sahnehaube“ nicht vorweggenommen haben; denn die Verbändekooperation B 52 war dort intensiv dabei. Wir haben einmal versucht, in einem kleinen, bescheidenen Modellprojekt den Aufwand der Bürokratie im Bereich der Verordnung häuslicher Krankenpflege zu reduzieren; dies wurde im vorherigen Zyklus bereits kurz angesprochen.

Bürokratie ist eine reale Belastung für alle, nicht nur für die Ärzte, auch für die Pflegeberufe, auch für die Kostenträger und den MDK; Herrn Mohrmann habe ich bereits gesehen. Wir haben uns zusammengesetzt und einmal versucht, den Prozess der Verordnung häuslicher Krankenpflege zu analysieren. Wir haben mit einigen Patienten, mit dem vdek an vier Standorten in Baden-Württemberg mit Pflegediensten den Verordnungsprozess dahin gehend verschlankt bzw. entschlackt, dass der Arzt nur noch die Indikation und den ICD, also die Krankheit, codiert und der Pflegedienst selbst dann den Umfang der Pflege, auch den zeitlichen, fixiert, auf dem Bogen ausfüllt – was früher Aufgabe des Arztes war, und der Arzt musste dann aus formalen Gründen noch einmal gegenzeichnen. Das Entscheidende war: Die Krankenkassen haben zugestimmt, dass sie einer so ausgeführten Verordnung nicht widersprechen, diese also nicht mehr weiter überprüfen, weil der Pflegedienst selbst weiß, was er für richtig hält.

Die Auswertung hat gezeigt, dass es – erstens – einen ideellen Erfolg gegeben hat; denn die Pflege und die Ärzte vor Ort haben zum Nutzen des Patienten noch enger zusammengearbeitet. Das war schon ein Gewinn an sich.

Zweitens gab es eine Verschlinkung des Genehmigungsprozesses; denn vor allem dort hat es lästige Rückfragen von Krankenkassen in die Arztpraxen gegeben, und der Pflegedienst musste noch einmal kommen usw., und es musste gegengezeichnet werden. Dies alles ist entfallen, und die Krankenkassen sagten, es sei nicht teurer geworden. Das heißt, die Pflegedienste konnten durchaus verantwortungsvoll mit dieser kleinen Freiheit umgehen. Auch die Ärzte, die befragt wurden, haben berichtet, dass im Ansatz auch eine Zeitersparnis in den Praxen zu erkennen war und vor allem unnötige Störungen ausgeblieben sind. Wir befürworten dies alles und hoffen, dass es Schule macht. Der Prozess ist abgeschlossen, und wir schauen nun, wie wir dies voranbringen.

Drittens: In Baden-Württemberg gibt es immer noch keine zentrale Vereinbarung zur ambulanten Pflege in Pflegeheimen, was für die Betroffenen sicher ein großes Problem darstellt. Wir haben Hoffnung, dass mit der Änderung des Versorgungsstärkungsgesetzes die bisherige Kannregelung in eine Sollregelung übernommen wird und wir dann die finanzielle Förderung von den Krankenkassen bekommen. Bisher haben sich die Krankenkassen etwas zurückgehalten und gesagt: „Wir haben in Baden-Württemberg Modellprojekte laufen, die den Hausbesuch des Arztes – in der Regel des Hausarztes – im Pflegeheim fördern.“ Sie waren aber leider nicht sehr erfolgreich. Auch alle anderen Projekte, die in der ganzen Bundesrepublik laufen, haben die Hausärzte nicht in Scharen in die Pflegeheime getrieben. Hier muss man noch einmal etwas Grundsätzliches tun. Ich sehe im Hospiz- und Palliativgesetz sehr wohl die Aufforderung an die Vertragspartner – KV und Kostenträger –, etwas zu tun. Man kann auch überlegen, ob die

KV direkt mit Pflegeheimen Rahmenverträge abschließen kann. Dies wäre bundesweit zu regeln.

Zum Schluss noch ein Ausblick: Der Ärztemangel wird dazu zwingen – ich freue mich auf dieses Thema –, die Professionen Pflege und Ärzte noch näher zusammenzubringen. Ich kann mir vorstellen, dass die Pflegeberufe im Bereich der ambulanten Medizin noch einmal neue Arbeitsfelder bekommen, um nicht nur pflegend, sondern tatsächlich auch kurativ tätig zu sein. Auf diese Zusammenarbeit freue ich mich. Wir sind mit dem Landespflegerat im Gespräch. Ich bin davon überzeugt, dass die Versorgungslandschaft in zehn Jahren gegenüber der heutigen stark verändert sein wird.

Vielen Dank.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Dr. Fechner. Sie haben tatsächlich Zeit eingespart. – Ich darf als Letzten in diesem Block Herrn Hartschuh für die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg bitten.

Sv. Herr Hartschuh: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Vor Ihnen steht ein Vertreter der Rentenversicherung. Sicherlich werden Sie sich fragen: Was hat die Rente mit der Pflege zu tun? Sie fragen sich das zunächst zu Recht. Vordergründig ist es unsere Aufgabe, die Rentenzahlungen zu ermöglichen. Aber neben der Rente verbleibt ein großes Aufgabengebiet: Prävention und Rehabilitation. Damit kommen wir dem Thema schon näher. Der Kollege von der AOK hat vorhin erwähnt, dass dieses Thema bislang zu kurz gekommen ist.

Die von uns erbrachten Präventions- und Rehaleistungen haben zum Ziel, die Arbeits- und Leistungsfähigkeit unserer Versicherten möglichst bis zum Eintritt in die Altersrente zu erhalten, das heißt übersetzt auf einen kurzgefassten Grundsatz: „Reha vor Rente“. Dies heißt aber nicht, dass wir den Verlust der Arbeits- und Leistungsfähigkeit immer vermeiden können. Wenn dieser eintritt, kann dies durchaus auch mit Pflegebedürftigkeit verbunden sein. Damit sind wir beim Grundsatz: „Reha vor Rente“ meint eigentlich „Reha vor Rente und Pflege“. Oftmals führt der Eintritt in die Rente auch zu Pflegebedürftigkeit. Insbesondere gilt dies für neurologische und kardiologische Krankheitsbilder.

Die Präventions- und Rehaleistungen der Rentenversicherung haben auch das Ziel, den vorzeitigen Eintritt des Pflegefalls zu verhindern. Insofern sind wir im weiteren Sinn durchaus auch eine Pflegekasse und eine Gesundheitskasse, nicht nur eine Rentenkasse.

Wir verfügen auf diesem Gebiet auch über eine große Erfahrung. Wir sind der größte Rehaträger bundesweit und auch im Land. Nur einmal zur Verdeutlichung: Wir geben im Land ca. 450 Millionen € nur für Rehaleistungen aus, und bundesweit gibt die Ren-

tenversicherung ca. 5,6 Milliarden € für Rehaleistungen und für Präventionsleistungen aus.

Nun haben wir aber noch den Sonderfall, dass nicht nur ein Pflegefall in Person des Versicherten eintreten kann durch einen Arbeitsunfall oder eine schleichende chronische Erkrankung, sondern wir haben auch die Situation, dass, wenn der Pflegefall eintritt, in der Regel die Pflege zu Hause geschieht, entweder ambulant oder durch Angehörige der Familie. Es sind in der Regel die Frauen, die durch eine Mehrfachbelastung – Beruf, familiäre Verpflichtungen und Pflege – erst recht in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit bedroht sind.

Diese Personen stehen besonders im Vordergrund unserer Angebote. Dafür haben wir spezielle Angebote entwickelt. Das sind neben klassischen Rehaleistungen spezielle Angebote für professionell Pflegende, die durch ihre intensive Pfl egetätigkeit – es ist auch bekannt, dass sie sich auch emotional stark einbringen – stark von Burn-out bedroht sind. Wir haben also spezielle Angebote für professionell Pflegende, aber auch Angebote für pflegende Angehörige. Außerdem haben wir sogar Angebote, bei denen man den Pflegenden und die zu pflegende Person gemeinsam in einer Rehaklinik unterbringen kann. Die Leistungen sind völlig unterschiedlich. Der zu Pflegende erhält Pflegeleistungen, die auf aktivierende Pflege zielen, nicht auf eine verwahrende Pflege, und die Pflegeperson erhält Leistungen, die ihre Leistungsfähigkeit möglichst erhalten.

Nun waren wir sehr stolz auf dieses Angebot, das von uns entwickelt wurde. Der Träger ging mit dem Angebot auf den Markt, jedoch fehlte die Nachfrage. Das ist seltsam, da wir immer wieder hören, dass gerade die Familienangehörigen, die pflegen, bzw. auch die Pflegenden selbst von Burn-out bedroht sind. Das Angebot wird nicht nachgefragt. Wir setzen deswegen große Hoffnungen auf das Landesgesundheitsgesetz und das Präventionsgesetz und wünschen uns, dass im Rahmen dieser Gesetze, wenn sie in Baden-Württemberg umgesetzt werden, vor allem mit den Krankenkassen Kooperationen zustande kommen. Dies würde uns sehr freuen, und ich glaube, dass das, was wir da tun, beiden Kassen zugutekommt. Wir zahlen es zwar, aber es kommt uns mittelfristig über Beitragszahlungen und Vermeidung von Renten zugute, und den Kassen kommt es ganz unmittelbar zugute, wenn sie keine Krankenleistungen zahlen müssen.

Sie haben also heute dieselbe Situation: Vor Ihnen steht ein Vertreter eines Kostenträgers, der Geld ausgeben will. Normalerweise ist es immer umgekehrt, nämlich dass die Kostenträger eher auf ihrem Geldsack sitzen und ihn nicht aufmachen wollen. Nein, wir wollen ihn aufmachen. Wir haben Angebote und wollen sie an den Mann bringen, aber uns fehlt einfach die Nachfrage, auch wenn sie objektiv vorhanden ist. Darum erhoffen wir uns vor allem von dem Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung Impulse, damit das Bewusstsein, dass es Angebote gibt, die man nachfragen und in Anspruch nehmen kann, gestärkt wird.

In meiner schriftlichen Stellungnahme habe ich noch ein paar Ausführungen zu beitrags- und versicherungsrechtlichen Regelungen gemacht; diese erspare ich Ihnen lie-

ber, Sie können sie nachlesen. Dies würde sehr weit ins Beitragsrecht führen und den heutigen zeitlichen und fachlichen Rahmen sprengen.

Ich hätte eine Bitte an die Vertreter des Landes: Wenn Sie Rahmen der Novellierung des Pflegegesetzes eine Stellungnahme abgeben, nehmen Sie unsere Argumente bitte ernst und lassen Sie sie einfließen. Wir stehen „Gewehr bei Fuß“, dies zu vertiefen und Ihnen weitere „Munition“ zu liefern.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Hartschuh. Sie bringen nicht nur Geld mit, sondern sparen auch noch Zeit. Ich meine, Sie dürfen öfter kommen. – Nun darf ich die Kollegen um ihre Fragen bitten; zuerst Herrn Dr. Rapp.

Abg. Dr. Patrick Rapp CDU: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, vielen Dank. Danke auch an all die Redner, die jetzt vorgetragen haben. – Ich möchte ebenfalls etwas Zeit sparen und komme deshalb gleich zu meinen Fragen. Bei der Frage der Finanzierung bei den Kassen sind wir natürlich auch bei einem Thema, das weit über das Land hinausgeht. Trotz alledem an Sie, Herr Dr. Pressel, die Frage: Wie konkret – Sie haben es im Schlusswort gesagt – hebt sich die AOK von anderen Kassen im Hinblick auf die konkrete Fragestellung der Unterfinanzierung im Rehabereich ab? Welche Möglichkeiten sehen Sie, innerhalb der entsprechenden Budgets Verschiebungen vorzunehmen?

Die nächste Frage geht an Herrn Winkler von der B-52-Kooperation: Trifft es zu, dass einzelne Kassen bzw. Ersatzkassen in die Kliniklisten steuernd eingreifen? Wo sehen Sie als Verband hier Ihre eigene Verantwortung?

An die Kassenärztliche Vereinigung, Herrn Dr. Fechner, die Frage: Welche Möglichkeiten sehen Sie, angesprochen auf die ärztliche Versorgung im Pflegebereich, die KV-internen Möglichkeiten umzusetzen, auch was die ärztliche Versorgung im ambulanten Bereich, vor allem in der Fläche, betrifft?

An Herrn Hartschuh von der Deutschen Rentenversicherung die Frage: Sie sprachen davon, dass Sie gern Geld ausgeben. Mir als Schwaben widerstrebt das schon fast, wobei ich es in diesem Fall wirklich gut und richtig finde. Es gibt aber eine Deckelung im Rehabereich. Inwieweit sehen Sie hier Möglichkeiten, Änderungen herbeizuführen?

Zu Ihrem letzten Programm, dass die Pflegenden ebenfalls einbezogen werden sollen – Sie sagten, es gebe relativ wenige Anfragen –: Haben Sie Kenntnisse von der Bekanntheit dieser Angebote?

Vielen Dank.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herr Dr. Rapp, herzlichen Dank. – Frau Mielich, bitte.

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Herr Dr. Pressel, ich habe vernommen, dass Sie für die AOK ein Bekenntnis zur geriatrischen Reha abgelegt haben. Das finde ich großartig; denn das ist genau das, was wir brauchen: deutlich zu sagen, dass wir die geriatrischen Rehabilitationsbehandlungen fördern wollen. Dazu war bisher eigentlich immer unser Eindruck, dass es vonseiten der Kassen keine wirklich große Begeisterung gibt.

Ich habe eine Frage an Sie und an Herrn Winkler von der B-52-Gruppe. Es geht um die häusliche Krankenpflege, um die HKP. Herr Fechner führte es eben aus. Dieses „Sahnehäubchen“ haben wir in Südbaden gemeinsam mit den Sozialstationen und Ihnen als Kassenärztlicher Vereinigung sowie der AOK entwickelt. Die AOK hat ebenfalls ein Projekt durchgeführt, die Verordnungspraxis in dem Stil umzuwandeln, wie Herr Fechner es eben erläutert hat. Für mich stellt sich die Frage: Haben Sie ähnlich positive Erfahrungen wie die B-52-Gruppe gemacht – sie hat sich die Mühe gemacht, dies auch noch mit einer Evaluation zu begleiten –, und könnte das tatsächlich eine dauerhafte Umkehrung bedeuten?

In diesem Zusammenhang habe ich eine Frage sowohl an die AOK als auch an die B-52-Gruppe: Wie kann es sein, dass ausgerechnet in diesem Zuge die Berichterstattung aktuell bei der DAK Furore macht, der vorgeworfen wird, dass sie mit einem Fragebogen pflegebedürftige Menschen, die zu Hause leben, dazu bringen will, dass unterstützende Pflegeleistungen quasi von ihnen, den Nachbarn oder Freunden erbracht werden? Dazu würde mich interessieren: Wie geht die AOK damit um? Gibt es dort ähnliche Fragebögen, und wird dort ähnlich vorgegangen? Wie handhabt das die B-52-Gruppe? Das halte ich für ein ziemlich zentrales Thema; denn die HKP ist eine sehr wichtige Schnittstelle in der ambulanten Versorgung.

Herr Fechner, Sie haben darauf hingewiesen – das finde ich sehr spannend –, dass es angesichts des Ärztemangels – auch bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten – zu einer Professionsausweitung bzw. -veränderung, auch in Richtung Pflege, kommen wird. Bedeutet dies, dass Sie als Kassenärztliche Vereinigung auch die Bildung multi-professioneller Teams in der Fläche unter der Maßgabe der Substitution unterstützen?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Kollegin Mielich. – Kollege Reusch-Frey, bitte.

Abg. Thomas Reusch-Frey SPD: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Es ist schade, dass Herr Heinz und Frau Armbruster – sprich: ambulante Anbieter – nicht mehr da sind, da es meiner Ansicht nach von Ihnen, Herr Dr. Pressel, Offenheit gab, das Defizit in den ambulanten Bereichen zu reduzieren, wenn entsprechende Personalsteigerungen nachgewiesen werden.

Meine Frage lautet: Wäre ein Dialog notwendig? Treffen Sie sich nicht auf gleicher Ebene? Denn wir haben objektiv die negativen Zahlen der ambulanten Dienste vorliegen. Ich frage mich, woran es liegt – ich bin jetzt ein Stück weit dem Ablauf ausgeliefert –, dass man nicht in einen Dialog kommt. Könnten Sie sich vorstellen, solch einen Dialog durchzuführen, oder woran fehlt es, dass die Bereitschaft von Ihnen und die Situation in den ambulanten Diensten so weit auseinandergehen?

Herrn Winkler möchte ich fragen: Wir sehen einen deutlichen Beratungsbedarf bei den Pflegestützpunkten als politische Größe. Auch vom Sozialministerium wird dies, glaube ich, geteilt. Nun fragen und sagen Sie: Besteht tatsächlicher Beratungsbedarf? Das kommt mir ein wenig wirklichkeitsfern vor; deshalb die Nachfrage, worauf sich Ihre Aussage stützt.

Erfreulich zu hören war die Aussage von Herrn Dr. Fechner, was den Bürokratieabbau und das gute Miteinander von Ärzten und Pflege betrifft. Ich denke, wir müssen an dieser Stelle weitermachen. Deshalb meine Frage: Welche Projekte gibt es? Was gehen Sie in Zukunft an, um dieses Verhältnis zu verbessern und Bürokratie abzubauen?

Schließlich möchte ich die Frage von Herrn Dr. Rapp verstärken: Woran fehlt es, Herr Hartschuh, dass die Rentenversicherung nicht als Gesundheitskasse wahrgenommen wird, zumindest, was die Reha betrifft? Welche Kommunikation haben Sie dabei versucht, und wie versuchen Sie, dieses Defizit zu beheben?

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

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Ich habe zunächst eine Frage an Herrn Dr. Pressel. Wir hatten in der letzten Anhörung das Thema Rehabilitation. Ich möchte nur zwei Punkte ansprechen. Der erste ist die relativ hohe Ablehnungsquote, wobei die Anträge beim Nachfassen oft genehmigt werden. Vielleicht könnten Sie sagen, was man tun kann, damit dies im Sinne des Bürokratieabbaus beim ersten Durchlauf schneller geht.

Der zweite Punkt ist, dass im Bereich der geriatrischen Reha inzwischen auch sehr oft Investitionen in ganz ordentlicher Höhe, auch in moderne Einrichtungen, notwendig sind, um die Reha effektiver und zweckmäßiger zu machen. Aber dort gibt es keine duale Finanzierung. Insofern besteht die Problematik, die Dinge überhaupt zu finanzieren. Dazu habe ich die Frage, inwieweit dort Konsens besteht und man in Verhandlungen geht.

An Herrn Winkler eine Frage zum Thema Pflegestützpunkte – wir hatten dieses Thema heute Morgen schon einmal –: Inwieweit kann man von Pflegestützpunkten hin zur aufsuchenden Pflege kommen? Denn ich glaube, wir können zum Teil die Zahl der Pflegestützpunkte noch vervielfachen und haben trotzdem in großen Landkreisen Schwierig-

keiten. Wie schaffen wir es also, dass wir dies stärker in die Kommunen, in die aufsuchende Beratung bringen?

Zu meinem letzten Punkt möchte ich bei Herrn Hartschuh nachfragen: Ich habe es so aufgenommen, dass es einen „Rehadeckel“ gibt, dass die Rentenversicherung gern mehr tun würde, es aber einen Deckel gibt. Nun sagen Sie, die Nachfrage fehle. Habe ich das richtig verstanden? Das heißt – wenn ich es richtig gehört habe –, es gibt keinerlei Einschränkungen, was Rehamassnahmen in Baden-Württemberg betrifft. Da wollte ich noch einmal nachfassen. Denn mein Kenntnisstand ist, dass man irgendwann ein Budget erreicht hat und wir in Baden-Württemberg zwar viele Beiträge einzahlen, aber das Geld woandershin fließt.

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

Michael Wipp, externes Mitglied: Herr Dr. Pressel, lassen Sie mich aus vielen Jahren der Praxis stationärer Einrichtungen sagen: Was die AOK im Bereich Sturzprophylaxe tut, ist wirklich vorbildlich; das muss man sagen. Das wollten wir auch nicht missen; denn es ist ein ganz, ganz wichtiger Part.

Was den Bereich Rehabilitation betrifft – von geriatrischer Rehabilitation möchte ich gar nicht sprechen –, so habe ich die ganze Zeit schon während des Vortrags überlegt, wann überhaupt einmal ein Bewohner in den Genuss einer Reha gekommen ist. Wir haben schon massivste Probleme, wenn es um physikalische Therapieverordnung und dergleichen geht, und das ist noch einmal eine ganze Stufe davon entfernt. Wir erleben in der Praxis der stationären Pflege überhaupt nicht, dass hier wirklich etwas geschieht. Es wird dann eben nach Krankenhausaufenthalt lange Zeit gepflegt, aber von Rehabilitation oder geriatrischer Reha kann ich aus meiner Praxis über Jahre nicht berichten, dass hier etwas stattgefunden hat. Deswegen würde mich das sehr interessieren.

Das andere Problem ist – dies wäre vielleicht auch noch einmal ein Gedankenstoß – die – so nenne ich es einmal – Gesundheitsprävention. Dazu meine Frage an Sie – ich meine das nicht hochtrabend, sondern ganz banal –: Im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung hat sich in den letzten zwei Jahren wirklich einiges bewegt – das muss man wirklich anerkennend sagen –, wenngleich der Abstand immer noch sehr groß ist, aber es hat sich viel getan. Was wir jedoch sehen, ist ebenfalls ein sehr wichtiger Punkt: Schon im Vorfeld, auch in Bezug auf die Sturzprophylaxe und auf das Sehen und Hören, müssen wir Möglichkeiten schaffen; denn wenn jemand schlecht sieht oder nicht gut hört, ist er auch sturzgefährdet. Hier entsprechende Fachleute in die Häuser zu bekommen ist ganz, ganz schwierig; denn viele Bewohner können nicht dorthin kommen, einen Krankentransport bezahlt hierfür niemand, und dann heißt es oft, auch von Angehörigen: „Die Brille tut es noch“; sie ist aber uralt. Oder: „Das Hörgerät reicht noch aus.“ Und dann passieren Stürze. Deswegen ist meine Frage: Sehen Sie die Möglichkeit, von der großen AOK aus auch hier, im Bereich einfacher Gesundheitsprävention, noch aktiver zu werden? Das wäre eine sehr große Hilfe für die pflegebedürftigen Menschen.

Vielen Dank.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herr Wipp, herzlichen Dank. – Herr Dr. Pressel.

Sv. Herr Dr. Pressel: Mein Problem ist, dass mein Kugelschreiber gerade den Geist aufgegeben hat und ich einige Fragen nicht richtig aufschreiben konnte. Aber ich verlasse mich auf mein Gedächtnis und hoffe, dass ich es nicht überschätze.

Die erste Frage war die von Herrn Dr. Rapp nach den Budgets. Bei der Reha ist es so, dass es im Bereich der GKV keine Budgets gibt. Das ist anders als bei der Deutschen Rentenversicherung. Wir können im Prinzip Geld ausgeben, wie wir wollen, und tun es auch. Wir haben insgesamt, also GKV und Pflegeversicherung, als AOK Baden-Württemberg mittlerweile einen Haushalt mit einem Volumen von 13 Milliarden €. Auch im Zeitverlauf betrachtet, sind die Rehaausgaben immer gestiegen. Aber es gibt da, wie gesagt, kein Budget.

Die Besonderheit ist – es wurde ebenfalls die Frage gestellt, inwieweit sich die AOK unterscheidet –, dass wir – das machen wir anders als andere Kassen – auch im Bereich Reha – nicht nur, aber auch dort – stark auf die sogenannte Evidenzbasierung setzen. Wir zahlen im Prinzip schon alles, aber wir zahlen besonders gern die Maßnahmen, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist. Etwas flapsig gesagt: Häufig ist es so, dass in einer Rehaeinrichtung das gemacht wird oder die Geräte benutzt werden, die die Einrichtungen haben, unabhängig davon, ob sie etwas taugen oder nicht. Wir haben jetzt in Zusammenarbeit mit der Wissenschaft ein eigenes Behandlungskonzept entwickelt – „AOK-proReha“ –, bei dem der Nutzen und die Wirksamkeit nachgewiesen sind, und suchen dafür Partner vonseiten der Rehaeinrichtungen, die eine höhere Vergütung bekommen, wenn sie diese leitlinien- bzw. evidenzbasierten Behandlungs- bzw. Versorgungspfade einhalten. Das ist also ein Unterschied. Es ist zwar etwas ähnlich, aber wir haben im ambulanten Bereich die Selektivverträge, bei denen ebenfalls alles leitlinienorientiert ist. Aber wie gesagt, Budgets gibt es faktisch nicht.

Frau Mielich, Sie hatten ebenfalls das Thema Reha, vor allem den Bereich Geriatrie, angesprochen. Wie gesagt, das klare Bekenntnis gibt es, nicht nur von mir, sondern auch mit Herrn Dr. Hermann abgestimmt. Ich habe vorhin in meinen Ausführungen auch gesagt, dass wir die Versorgungsstrukturanalyse des Landes zahlen, übrigens auch als einzige Krankenkasse hier im Land.

Außerdem hatten Sie nach dem Thema Bürokratieabbau gefragt. Wir haben – dies sagten Sie auch – ein etwas ähnliches Modell gehabt. Wir haben das übrigens auch in anderen Bereichen, nicht nur in der HKP. Wir haben z. B. gerade im Bereich unserer Selektivverträge einen Verzicht auf Genehmigung im Bereich Psychotherapie. Wir haben den Vertrag PNP – Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie; so heißt er bei uns –, und dort ist es so, dass die eingeschriebenen Versicherten innerhalb von 14 Tagen beispielsweise Zugang zum Psychotherapeuten haben. Dort verzichten wir ebenfalls auf

eine Genehmigung, obwohl Psychotherapie eigentlich eine genehmigungspflichtige Leistung ist.

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Können Sie noch etwas zu den Ergebnissen bei der HKP bei diesem Modell sagen?)

– Nein, ehrlicherweise nicht. Nicht, dass ich es nicht will, aber ich weiß es einfach nicht. Ich kann es Ihnen gern bilateral nachreichen, aber aus dem Stand weiß ich es nicht.

Außerdem gab es die Frage zur DAK; dazu kann wahrscheinlich Herr Winkler etwas sagen.

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Ich wollte auch wissen, ob Sie auch so einen Fragebogen haben!)

– Nein.

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Okay!)

Herr Reusch-Frey, Sie hatten nach dem Bürokratieabbau gefragt. Dazu kann ich exemplarisch auf das Thema, das ich eben erwähnte, Verzicht auf die Genehmigung von psychotherapeutischen Leistungen, verweisen.

(Abg. Thomas Reusch-Frey SPD: Ich wollte eigentlich zum Thema Unterfinanzierung der ambulanten Dienste und Personalsteigerung fragen!)

– Ja, genau; es waren ja zwei Fragen, und das wäre die zweite. „Dialog“ war da Ihr Stichwort.

Wir sind natürlich dialogbereit, kann ich dazu sagen. Es ist so, dass die Liga natürlich – das kann ich, glaube ich sagen – recht heterogen ist, und da gibt es Personen, mit denen wir eher im Kontakt sind, und einige, von denen wir weiter entfernt sind. Aber grundsätzlich sind wir natürlich dialogbereit; das ist klar.

(Zurufe)

Herr Haußmann, von Ihnen gab es eine Frage nach der Reha. Die Ablehnungsquote weiß ich nicht auswendig; ich müsste sie Ihnen ebenfalls bilateral nachreichen.

Bei den Investitionen – das ist richtig – gibt es nicht diese duale Finanzierung. Die Ländersseite ist ja da. Ich kann einmal etwas polemisch sagen: Im Krankenhausbereich, im akutstationären Bereich gibt es auch kaum eine duale Finanzierung. Die Landesregierung hat vieles getan, aber es gibt eine sogenannte schleichende Monistik.

Außerdem gab es die Frage nach der Sturzprävention. Vielen Dank, dass Sie das so gewürdigt haben. Ich bin mir nicht ganz sicher, ob ich Ihre Frage richtig verstanden habe. Wie wollen Sie im Bereich „Sehen und Hören“ Prävention betreiben?

Michael Wipp, externes Mitglied: Dass es gefördert wird, sodass auch Augenärzte Anreize haben, sich möglicherweise analog zu Zahnärzten mehr in diesem Bereich zu engagieren. Dort tut sich sehr wenig. Das gleiche Problem gibt es beim Hören.

Sv. Herr Dr. Pressel: Ja, schon. Aber wie wollen Sie das präventiv machen? Wenn sich die Sehkraft verschlechtert, dann können Sie ja nicht viel dagegen tun.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Wir haben jetzt ein Problem: Die Systematik ist in dieser Runde nicht „dialogisch“. Das Thema ist spannend, aber ich denke – –

Sv. Herr Dr. Pressel: Sie haben doch einen Gesundheitsdialog.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Genau. Vielleicht können Sie es hinterher noch miteinander besprechen und natürlich dann der Enquetekommission zugutekommen lassen. Entschuldigung!

Sv. Herr Dr. Pressel: Okay. Ich finde die Anregung gut und kann sie gern mitnehmen. Vielleicht können wir uns in der Pause austauschen.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Dr. Pressel. – Herr Winkler, bitte.

Sv. Herr Winkler: Erst einmal vielen Dank für die Fragen, die alle berechtigt sind.

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Das ist ja nett! – Heiterkeit)

Ich gehe in der Reihenfolge vor und hoffe, ich habe alles aufgenommen. Herr Dr. Rapp, zunächst zum Thema Klinikliste: Ich denke, dass jede Kasse – das wird auch mein Kollege bestätigen können – irgendeine Systematik hat, in der Kliniken aufgeführt sind. Es ist grundsätzlich so, dass wir als Kassen daran interessiert sind, ein qualifiziertes und hochwertiges Rehabilitationsangebot zu machen. Auf der einen Seite steht also die Qualität. Auf der anderen Seite muss die Ökonomie gewährleistet sein. Ich muss mich wieder ganz stringent auf § 12 SGB V – Wirtschaftlichkeitsgebot – zurückziehen, in dem dies festgehalten ist. Das heißt, wenn das Angebot für den Versicherten ausgesucht wird, dann ist immer darauf zu achten: Welche der Kliniken kann das entsprechend gut und qualifiziert erbringen?

Zur Frage der Abg. Mielich, der Vorsitzenden des Sozialausschusses: Zunächst einmal zu dem Modellversuch „Mehr Mut zu weniger Bürokratie in der Pflege“. Ich habe Herrn Dr. Fechner aufgrund unserer partnerschaftlichen Zusammenarbeit sehr gern den Vor-

tritt überlassen, dies zum Besten zu geben. Sie erkennen bereits daran, dass sich die KV Baden-Württemberg mit den Ersatzkassen – in diesem Fall betrifft das Modellprojekt die Ersatzkassen; es geht um Bürokratieabbau, ganz konkret um § 37 Absatz 2, Verordnung häuslicher Krankenpflege – darüber sehr intensiv Gedanken gemacht hat. Wir haben dazu viele Arbeitssitzungen abgehalten, waren gemeinsam dort und haben es über die Hochschule Esslingen wissenschaftlich begleiten lassen. Wir hatten vier ausgewählte ambulante Pflegedienste aus dem Bereich der Diakonie und der Caritas mit am Tisch. Wir hatten die KV Baden-Württemberg sowie Ersatzkassen am Tisch. Ende April hatten wir gemeinsam mit Frau Armbruster eine Pressekonferenz in Ihrem Hause abgehalten. Es gab sehr erfreuliche Ergebnisse, Frau Mielich; darin kann ich Sie nur bestätigen: Die Ergebnisse sind erfreulich. Das Werk können Sie bei uns downloaden. Es ist ein Werk von 222 Seiten. Ich hoffe, es erschreckt Sie nicht; aber ich denke, das war es wert, dass wir es so akribisch aufgelistet haben.

Nun kommt der nächste Punkt: Was resultiert daraus? Ist es nur geduldiges Papier, das in irgendeiner Schublade verschwindet, oder was machen wir jetzt damit? Hier müssen wir ganz klar die Systematik einhalten; das haben wir in bilateralen Gesprächen auch schon so zum Besten gegeben, und wir sind uns alle darin einig. Das Papier ist bereits an die Bundesebene in die entsprechenden Gremien weitergeleitet worden, und dann muss es geprüft werden.

Für mich heißt das ganz einfach: Baden-Württemberg in Gänze hat nachgedacht: Wie kann man dort etwas besser machen? Wie kann man Bürokratie abbauen? Das ist nun unser Angebot, und wir hoffen natürlich auf Fortsetzung. Im Übrigen hat es auch gezeitigt, dass wir auch in ganz anderen Arbeitsbereichen weiter in diesen Gremien zusammenarbeiten werden. Das ist eine sehr positive Sache, eigentlich eine Binsenweisheit: Kommunikation zahlt sich aus.

Zum Thema Berichterstattung, HKP und Fragebogen. Die aktuelle Information ist: Dieser Fragebogen wird derzeit in der Zentrale in Hamburg bereits überprüft. Ich habe bereits Kontakt mit Leistungserbringern aufgenommen, mit der Diakonie und der Caritas. Auch dort müssen wir die Hintergründe besprechen, die ich jetzt medial erfahren habe. Frau Armbruster, ich glaube, das können Sie bestätigen. Das ist das Faktum. Wir müssen, wie gesagt, in den Gesprächen erst einmal sehen, was Sache ist. Wir sind alle an einer Lösung interessiert.

Zum Thema Pflegestützpunkte und Inanspruchnahme, Herr Reusch-Frey: Vielleicht haben Sie mich falsch verstanden; ich wollte es nicht flapsig sagen. Die Basis ist eine Evaluation, die durchgeführt wurde. Dort haben wir konkret Informationen zur Auslastung bekommen. Das ist für uns zunächst einmal ein Maßstab. Tatsache ist: Die Pflegestützpunkte sind für Rat- und Hilfesuchende da. Sie erhalten eine kostenlose umfassende und unabhängige Auskunft und Beratung zu allen Fragen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit. Wir haben es heute Morgen ebenfalls schon gehört; es gab bereits Anrufe, in denen der Herr – ich weiß den Namen leider nicht mehr – auf Pflegeheime verwiesen wurde und dann weitere Auskünfte bekommen hat. Von daher war

mein Anliegen nur, zu sagen, wir brauchen immer auch eine Grundlage, auf der wir valide der Öffentlichkeit sagen können: Dort ist ein Pflegestützpunkt gerechtfertigt und dort nicht. Ansonsten sind wir in weiteren Gesprächen. Derzeit haben wir 48 Pflegestützpunkte in 42 Stadt- und Landkreisen, und das Weitere wird man für die Zukunft sehen.

Herr Haußmann hatte eine Frage zum Thema Pflegestützpunkte gestellt. Wie lautete die Frage genau?

(Zuruf des Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP)

– Ist das so erledigt worden? – Zur aufsuchenden Pflege: Bedürfnisse gesellschaftlicher Art, die wir sehen, die vorhanden sind und die man angehen muss – wir sind immer gern bereit, dort auch neue Wege aufgrund von Initiativen zu gehen. Ich denke – das ist heute bereits mehrfach angesprochen worden –, dass alle Akteure, die daran beteiligt sind – nicht nur wir Kassen, sondern die Kommunen und das Land genauso –, gemeinsam für eine Lösung sorgen, wie wir das weiter konkretisieren könnten.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank. – Ihr Nachbar, Herr Dr. Pressel, wollte noch etwas sagen; da wir gerade im Block der Kassen sind.

Sv. Herr Dr. Pressel: Ja, genau, zum Thema Pflegestützpunkte, was vielleicht nicht so bekannt ist: Es ist nicht so, dass da die Kranken- bzw. Pflegekassen die Bremser sind, sondern es gibt auch zwei Landkreise, die die Notwendigkeit noch nicht gesehen haben; das sind der Kreis Biberach und der Neckar-Odenwald-Kreis. Vielleicht als Anregung, dass Sie dort einmal nachfragen, warum sie keinen errichten wollen.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank. – Herr Dr. Fechner, bitte.

Sv. Herr Dr. Fechner: Auch ich freue mich über die Anzahl der Fragen. Ich darf zum ersten Mal an einer solchen Anhörung teilnehmen; es zeigt sich mir Ihr Interesse an diesem Thema.

Herr Dr. Rapp, KV-interne Lösungen, um Pflege und niedergelassene Ärzte besser zusammenzubringen: Auch hier sind es immer dicke Bretter, die zu bohren sind; aber einen kleinen Durchbruch haben wir erzielt: Seit diesem Jahr gibt es in unserer Gebührenordnung, dem EBM – Einheitlicher Bewertungsmaßstab –, Positionen, in denen nicht nur die MFA, die Medizinischen Fachangestellten, ausgebildet sind. Vielmehr können auch Angehörige von Gesundheitspflegeberufen in Arztpraxen arbeiten, und ihnen können beispielsweise auch Hausbesuche vergütet werden. Sie haben den unsäglichen Namen NäPa, Nichtärztliche Praxisassistentin.

Frau Mielich fragte nach der Einschätzung der KV. Das ist unser Dauerthema: Substitution oder Delegation von Pflegeberufen in der ambulanten Versorgung? Die klare Be-

schlusslage der KV ist, die Delegation zu präferieren mit der Begründung „multiprofessionelles Team“. Wenn zwei Selbstständige losmarschieren, dann ist es schon kein Team mehr, sondern jeder läuft getrennt und trifft sich irgendwo oder tauscht sich per Mail oder Telefon aus. Wir sind klar für die Delegation. Das heißt, dass eine qualifizierte Pflegekraft in der Arztpraxis angestellt ist – natürlich gut bezahlt – und dort eigenständig arbeiten kann; wie im Krankenhaus, dort gibt es einen Chefarzt, und es wird auch nicht die Physiotherapie- oder die Diabetesassistentin plötzlich outgesourct und ist selbstständig unterwegs, sondern irgendeiner sollte vielleicht „den Hut aufhaben“, die Dinge zusammenführen und keine neuen Schnittstellen schaffen. Ich bin ganz sicher, dass die Zusammenarbeit dieser beiden Berufe in der Delegation preisgünstiger ist. Es muss auch jemand die wirtschaftliche und die juristische Verantwortung übernehmen, und wenn das in einem Bereich liegt, werden die Krankenkassen froh sein, wenn sie nur einen Ansprechpartner haben.

Herr Reusch-Frey fragte nach den konkreten Projekten, die es gibt. Zunächst ist es wichtig und eigentlich eine Selbstverständlichkeit, dass der gute Wille da ist, zusammenzuarbeiten, dass man sich gegenseitig vertraut und respektiert. Das ist, denke ich, vorhanden. Wir haben noch keine ganz konkreten Projekte außer dem Angebot, dass Arbeitsplätze auch in unserem Bereich bei den Vertragsärzten bestehen. Sicher sind heute schon Krankenschwestern und Krankenpfleger in OP-Zentren unterwegs, in denen sie im Bereich der ambulanten Operation ähnlich arbeiten wie im Krankenhaus. Aber als nächsten kleinen Schritt werden wir Werbung in den Organen der Pflegeberufe mit Zustimmung und Unterstützung des Landespflegerats machen.

Herr Haußmann hatte mich leider nichts gefragt, also kann ich nicht antworten. Herr Wipp hat mich ebenfalls nicht gefragt, aber ihm sage ich etwas zum Thema „Hören und Sehen im Pflegeheim“: Natürlich muss auch eine Sehhilfe oder eine Hörhilfe überprüft werden. Dazu braucht man apparative Voraussetzungen, und diese haben wir im Pflegeheim nicht: Deshalb muss der Patient, der Bewohner zum Arzt, in die Praxis gebracht werden; das kann man ihm nicht ersparen. Dabei stellt sich die Frage: Welcher Unterschied besteht zu einem Patienten, der in seiner häuslichen Umgebung immobil ist? Er muss auch irgendwie transportiert werden. Auch der Patient, der im Pflegeheim wohnt, ist nicht gehfähig oder kann nicht allein eine Praxis aufsuchen, sondern er muss auch in Begleitung transportiert werden. Aber die Geräte können wir nicht zu ihnen ins Haus stellen. Vielleicht gibt es sehr große Pflegeheime, die eine eigene HNO-Einrichtung und eine eigene Augenuntersuchungsmöglichkeit haben, aber ich kenne diese in Baden-Württemberg nicht.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Herrn Dr. Fechner. – Herr Hartschuh, bitte.

Sv. Herr Hartschuh: Ich versuche einmal, die Fragen zusammenzufassen, weil sie sich eigentlich um zwei Punkte gedreht haben: den „Rehadeckel“ und den Bekanntheitsgrad der Angebote und wie wir ihn steigern können. Der „Rehadeckel“ ist ein leidiges Thema in der Rentenversicherung. Wenn es um Gesundheitsleistungen geht und um die Ent-

wicklung der Krankheitszahlen, die mit etwas völlig anderem zusammenhängen als mit Grundlohnsummensteigerungen, dann wird man mit dem Deckel immer Probleme bekommen. Das Problem ist: Der „Rehadeckel“ erhöht sich nur aufgrund der Grundlohnsummensteigerung, und die Zahl der Rehaanträge entwickelt sich aus ganz anderen Gründen. Dazu ein, zwei Zahlen: Die Zahl der Rehaanträge ist bei uns in den letzten acht Jahren um 27 % gestiegen, und das Rehabudget wurde im selben Zeitraum um 8 % erhöht. Das ist eine erkleckliche Differenz.

Wie gehen wir damit um? Wir haben ein Problem: Wir haben das Rehabudget, vom Gesetzgeber vorgegeben, und wir dürfen eigentlich nicht mehr ausgeben. Auf der anderen Seite steht aber der Anspruch des Versicherten. Es gibt eine Rechtsprechung, die ganz klar sagt: Wenn die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen erfüllt sind, ist eine Rehamaßnahme zu bewilligen – egal, ob das Geld vorhanden ist oder nicht. Das ist das Dilemma, in das uns der Gesetzgeber bzw. die Gerichte bringen. Wir haben es dadurch gelöst, dass wir in Abstimmung mit unserer Selbstverwaltung, also den Arbeitgebern und den Arbeitnehmern, und der Aufsicht, dem Sozialministerium, jede Rehamaßnahme bewilligen, der ein Rehabedarf zugrunde liegt. Das heißt im Klartext: Wir überschreiten das Rehabudget. Anders können wir damit nicht umgehen. Wir haben das Geld; denn bundesweit stehen für Reha – ich habe es vorhin erwähnt – 2015 ca. 5,6 bis 5,7 Milliarden € zur Verfügung. Es gibt Bundesländer, in denen die Rehaantragstellung nicht so stark stattfindet wie in Baden-Württemberg; diese geben ihr Budget nicht ganz aus. Es gibt bundesweit einen Ausgleich unter den Rentenversicherungsträger. Bis jetzt ist es immer gelungen, dieses bundesweite Budget einzuhalten. Aber ich weiß nicht, ob es auf Dauer trägt. Das kann ich mir schlecht vorstellen.

Des Weiteren gab es eine Frage nach dem Bekanntheitsgrad dieser Angebote. Das ist eine Sache, die uns selbst etwas verwundert. Ich möchte dies an zwei, drei Beispielen verdeutlichen. Wir haben ein Projekt mit Pflegekräften an der Uniklinik Freiburg durchgeführt und dieses ganz gezielt an der Uniklinik bekannt gegeben; bekannter können Sie es nicht mehr machen. Wir sind zu den Pflegekräften gegangen, haben ihnen den Flyer gegeben und gesagt: „Hier habt ihr ein Angebot für Burn-out-Behandlungen.“ Die erste Gruppe war mit 15 Teilnehmerinnen innerhalb kürzester Zeit voll. Bei der zweiten Gruppe haben wir schon Probleme gehabt, die Gruppengröße zu erreichen, und die dritte Gruppe ist gar nicht mehr zustande gekommen.

Bei dem Modell, das ich Ihnen vorhin geschildert habe, dass wir den zu Pflegenden und den Pflegenden gemeinsam in eine Rehaklinik einweisen, haben wir mit der Betriebskrankenkasse zusammengearbeitet, weil wir wussten, wir kommen schwer an die zu Pflegenden heran. Das hat ebenfalls nicht geklappt, obwohl wir hier eine Kasse eingeschaltet haben, die einen direkten Draht zu den Versicherten hat.

Das nächste Beispiel: Wenn jemand pflegt, werden für ihn Beiträge entrichtet; sie sind im Versicherungskonto gespeichert. Wir haben einmal einen Suchlauf gestartet, wie viele Versicherte das sind. Es sind ca. 25.000 Versicherte in Baden-Württemberg, für die Pflegebeiträge entrichtet sind. Nun kam die Idee auf, diese anzuschreiben. Dann

kam der Datenschutz und sagte, das dürfe nicht gemacht werden. Ich darf also meine eigenen Versicherten nicht anschreiben, dass ich weiß, jemand ist Pflegekraft und bei ihr bzw. ihm könnte eventuell ein Burn-out-Syndrom oder ein Erschöpfungszustand vorliegen. Das darf ich nicht wegen des Datenschutzes.

Was wir ganz aktuell machen – – Diese Überlegung ist gerade seit 14 Tagen oder drei Wochen „auf dem Markt“. Sie werden das wahrscheinlich teilweise schon erhalten haben. Sie bekommen von der Rentenversicherung regelmäßig eine Renteninfo. Dieser wollen wir ein Blatt beilegen, mit dem wir darauf hinweisen: Wir sind nicht nur die Rentenkasse, sondern auch die Gesundheitskasse, und als Gesundheitskasse bieten wir Folgendes an: Präventionsmaßnahmen, Rehamaßnahmen etc. Damit wollen wir auf die Angebote hinweisen. Auf diese Weise könnten wir wahrscheinlich diesen Personenkreis gut erreichen. Aber es ist wirklich sehr schwierig, gute Angebote am Markt publikumswirksam zu platzieren. Das ist mit viel Aufwand verbunden.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Herr Hartschuh, sowie dem gesamten Block 5 noch einmal unser herzliches Dankeschön. – Wir haben etwas Zeit, und ich würde sagen, wir machen 10 Minuten Pause, da Frau Heute-Bluhm noch nicht eingetroffen ist. Um 15:55 Uhr setzen wir unter der Leitung des Vorsitzenden fort. Herzlichen Dank.

(Beifall – Unterbrechung der Sitzung von 15:46 Uhr bis 15:55 Uhr)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Meine Damen und Herren, wir sind zeitlich etwas im Vorlauf. Frau Heute-Bluhm wird noch eintreffen. Ich freue mich, für den sechsten Block unserer heutigen Anhörung begrüßen zu können: Herrn Erhard Weiß von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – er ist Geschäftsführer der Bezirksverwaltung Karlsruhe –, für die Unfallkasse Baden-Württemberg Frau Tanja Hund – sie ist stellvertretende Geschäftsführerin. Wie gesagt, Frau Gudrun Heute-Bluhm vom Städtetag Baden-Württemberg – sie ist geschäftsführendes Vorstandsmitglied – wird noch eintreffen. Landrat Karl Röckinger – aus dem Enzkreis – für den Landkreistag Baden-Württemberg ist ebenfalls schon da. Ich schlage vor, wir beginnen mit Herrn Weiß.

Sv. Herr Weiß: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete, liebe Zuhörer! Vielen Dank für die Einladung; auch ich möchte mich wirklich herzlich bedanken, heute speziell zu dem Thema Prävention sprechen zu können – Prävention, wie man es heute vielleicht noch nicht so gehört hat. Uns geht es um die Mitarbeiter, und dabei geht es um ein gesundes Berufsleben. Ich freue mich auch, dass ich hier für die Unfallkasse Baden-Württemberg und die BGW sprechen darf. Mit Frau Hund haben wir uns abgestimmt, dass ich die stationäre Altenpflege und die ambulanten Dienste für uns gemeinsam vertrete, und mein Statement ist ebenfalls abgestimmt.

Gemeinsam vertreten wir immerhin 2 880 Unternehmen in Baden-Württemberg, und wir sind die gesetzliche Unfallversicherung für alle Pflegeunternehmen im Land.

Folgende Themen haben wir vorbereitet und auch die Thesen so formuliert:

Zunächst einmal möchte ich Ihnen etwas über das Thema „Lebensphasenorientierte Arbeitsmodelle“ in der Pflege sagen. Wir meinen, das zentrale Anliegen der zukünftigen Gestaltung der Arbeitsbedingungen in der Pflege besteht darin, die extremen körperlichen und psychischen Belastungen zu verringern. Aber wir stellen in den letzten Jahren auch fest: Gleichzeitig muss es Mitarbeitern ermöglicht werden, berufliche, private und persönliche Perspektiven in allen Lebensphasen miteinander in Einklang zu bringen. Deshalb engagieren wir uns zum Thema „Lebensphasenorientierte Arbeitsmodelle“, und dies wollen wir gemeinsam mit der Politik, mit Verbänden und Unternehmen nach vorn bringen. Gerade für kleine und mittlere Betriebe sind unternehmensübergreifende Konzepte zu entwickeln. Es gilt also, den politischen Rahmen zu schaffen, der flexible Einsatzmöglichkeiten der Mitarbeitenden zwischen den stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten ermöglicht. Das haben wir heute schon einmal gehört.

Der nächste Punkt ist uns als BGW sehr wichtig: 30 % der Auszubildenden in der Pflege gehen schon mit einem schlechten Gesundheitszustand in die Ausbildung. Unsere Studienergebnisse zeigen, dass sich dieser während der Ausbildung sogar noch verschlechtert. Altenpflegeschülerinnen und -schüler rauchen häufiger als ihre Altersgenossen, ernähren sich oft ungesund und leiden schon früh an gesundheitlichen Beschwerden. Sicher trägt eine mangelnde Bewegungsförderung im Schulbereich dazu bei. Schon bei den Auszubildenden müssen daher Gesundheitskompetenz und Resilienz sehr frühzeitig gestärkt werden. Daher begleiten wir zusammen mit der Samariterstiftung in Nürtingen im Projekt „AusbildungPlus“ Auszubildende, um diese gesund im Beruf zu halten. Wir sind der Meinung, dass zum einen schon in der Schule die sportliche Bewegung junger Menschen wieder verstärkt aufgenommen werden sollte. Zum anderen sollte der Arbeits- und der Gesundheitsschutz in einer kommenden generalistischen Pflegeausbildung stärker berücksichtigt werden. Integrative Konzepte zur Gesundheitsförderung in den Pflegeschulen und den Praxiseinrichtungen sind notwendig.

Sie werden bestimmt gern hören, dass wir zum Thema Entbürokratisierung unterwegs sind. Die Unfallversicherungen unterstützen im Rahmen der Initiative KoBrA – Kooperation Breitenumsetzung von Arbeitsschutz in der Pflege – und des Projekts "Kooperatives Aufsichtshandeln Bodenseekreis" Entbürokratisierungsprozesse. Gemeinsam mit allen Aufsichtsinstanzen im Bodenseekreis wird die Einführung der neuen Pflegedokumentation unterstützt. Die BGW evaluiert die Auswirkungen auf die Mitarbeitenden.

Im Bodenseekreis haben BGW und UKBW zusammen mit dem zuständigen Landratsamt und dem MDK Baden-Württemberg darüber hinaus einen regelmäßigen Austausch etabliert, um in Schnittstellenthemen ihre Aufträge besser abzustimmen und so das Aufsichtshandeln effektiver zu gestalten. Dabei sind auch die Träger eingebunden. Wir unterstützen sie dabei, sich in der Vielfalt der Anforderungen besser orientieren zu können und Belastungen in Prüfungssituationen zu reduzieren.

Wir empfehlen Ihnen sehr stark, das kooperative Aufsichtshandeln in Baden-Württemberg langfristig flächendeckend umzusetzen und beispielsweise runde Tische der Aufsichts- und Prüfinstitutionen auf Landkreisebene zu etablieren.

Beschäftigte in der Pflege sehen sich mit Herausforderungen und aggressivem Verhalten bis hin zu tätlichen Übergriffen konfrontiert. Das Thema „Gewalt in der Pflege“ darf in Baden-Württemberg nicht tabuisiert werden. UKBW und BGW haben als Unfallversicherer ein umfangreiches Angebot an Präventionsmaßnahmen entwickelt, beraten Unternehmen dazu und schulen Mitarbeitende im Umgang mit herausforderndem Verhalten.

Zum Präventionsgesetz: Auch im Präventionsgesetz wird der Pflegebereich explizit genannt. Um erfolgreich gemeinsam für die Pflege und den Gesundheitsdienst aktiv zu werden, müssen auch hier neue Kooperationsformen gefunden werden. Gerade im Bereich der psychischen Belastungen und drohenden Erschöpfungszustände müssen neue, integrierte Vorgehensweisen geschaffen werden. Diese sollten bereits bei entstehenden Erschöpfungszuständen die Früherkennung fördern und durch frühzeitige Diagnose und Interventionsmaßnahmen eine kurzfristige Behandlung gewährleisten. Auch im Bereich der Rückenerkrankungen lässt sich durch das Zusammenwirken von Krankenkassen, Rentenversicherern und Unfallversicherern einiges erreichen.

Auf die Pflege kommen in den nächsten Jahren die größten Umbrüche seit Einführung der Pflegeversicherung zu; das ist nichts Neues. Wir begrüßen diese Entwicklungen, müssen aber sehr dringend die Auswirkungen auf die Mitarbeitenden im Blick haben, insbesondere die psychischen Belastungen, auch während der Veränderungsprozesse. Die Führungskräfte müssen in diesem Prozess Orientierung geben und in ihrer Rolle gestärkt werden. Führung in der Pflege sollte daher als Handlungsfeld auch vonseiten des Landes stärker in den Blick genommen werden. Gemeinsam mit der Diakonie Baden beispielsweise bauen wir derzeit ein Kompetenzzentrum auf, um die anstehenden Veränderungsprozesse auf Gefährdungen zu analysieren, die Kompetenzen zum Thema Mitarbeitergesundheit zu bündeln, Führungskräfte zum Thema Gesundheitsförderung zu schulen und die Umsetzung in den Betrieben zu stärken. Gesundheitsförderndes Führen in den Unternehmen der Pflegebranche hat in Baden-Württemberg noch hohe Entwicklungspotenziale.

Ein Wort zum Schluss: Der runde Tisch „Pflege“ in Baden-Württemberg beschäftigt sich u. a. mit dem Thema Personal und damit auch mit den Anliegen der Unfallversicherung. Auch im Landespflegeausschuss empfehlen wir, das Thema Mitarbeitergesundheit angemessen zu berücksichtigen. Deshalb würden wir sehr gern unsere Expertise als Teilnehmer in diese Gremien und bei Ihnen einbringen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Weiß. – Wir kommen nun zur Unfallkasse Baden-Württemberg, zu Frau Tanja Hund.

Sv. Frau Hund: Grüß Gott, Herr Vorsitzender, grüß Gott, meine sehr verehrten Damen und Herren! Mein Name ist Tanja Hund. Ich freue mich, heute im Namen der Unfallkasse Baden-Württemberg die Gelegenheit zu haben, einige Positionen der Gesetzlichen Unfallversicherung in Ihren Diskussionsprozess einbringen zu dürfen. Schwerpunktmäßig möchte ich mich in meinem Vortrag auf die Belange unserer zweitgrößten Versicherungengruppe, nämlich der Pflegepersonen im häuslichen Bereich, konzentrieren; über die anderen Personen hat Sie Herr Weiß schon im Vorfeld informiert.

Einige Beispiele zu dieser sehr großen Gruppe von Personen: Es handelt sich um Menschen, die Angehörige pflegen – Sie kennen das sicherlich –: Ehegatten, Kinder, die ihre Eltern pflegen, aber auch umgekehrt: die Mütter, die Kinder pflegen. Es geht aber auch um Nachbarn und sonstige ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, die unentgeltlich in den Haushalten tätig werden. Sie alle sind bei der Unfallkasse Baden-Württemberg unfallversichert.

Sicherlich kennen Sie die Zahlen, die ich jetzt vortrage, viel besser als ich selbst. Laut Statistischem Bundesamt werden in Baden-Württemberg ca. 207 000 Menschen häuslich gepflegt. Lediglich 90 000 befinden sich in stationären Einrichtungen. Diese 207 000 Menschen werden von 415 000 Pflegepersonen betreut, und diese Zahl müssen wir schätzen. Das sind genau die Herausforderungen, vor denen wir stehen. Wir müssen also den bei uns versicherten Personenkreis schätzen; denn wir kennen ihn nur annähernd. Sie werden sich fragen: Woran liegt das? Es ist eigentlich relativ einfach: Die Versicherungsbeiträge für diese Personen werden von den Kommunen pauschaliert erhoben, derzeit etwa 7 Cent pro Einwohner in Baden-Württemberg. Die Versicherten selbst wissen also überhaupt nicht, dass ein Versicherungsschutz besteht.

Es gibt momentan keine Meldepflicht für die häuslichen Pflegepersonen. So erfahren wir ganz selten, wer überhaupt in der häuslichen Pflege tätig wird. Meist erfahren wir erst von der Situation, wenn ein Schadenereignis, z. B. ein Sturz oder ein schweres Rückenleiden, zugeschlagen hat.

Unser gesetzlicher Auftrag ist aber eigentlich ein ganz anderer: Er ist nämlich auf das Thema Prävention gerichtet, wie Herr Weiß eben auch ausführte. Eigentlich sind wir dafür verantwortlich, präventiv für diese Menschen – also vor der Krankheitsentstehung – tätig zu werden. Aber in diesem Personenkreis gelingt uns das kaum; denn wir kennen weder die Orte, an denen gepflegt wird, noch kennen wir die Personen.

Aus unserer Sicht kann eine adäquate pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg aber nur dann sichergestellt werden, wenn die häusliche Pflege gestärkt wird. Wir wissen aus vielfältigen Initiativen des Landes, dass die Landesregierung diese Auffassung durchaus teilt. Die Belastungen und Beanspruchungen für häusliche Pflegepersonen sind hoch, in vielen Fällen sogar höher als im beruflichen Umfeld. Dies liegt daran, dass

im Gegensatz zur Pflegeperson, die beruflich pflegt, die häusliche Pflegeperson überhaupt keine Vorbildung hat und dies einfach nur nebenher tut. Auch lassen sich die entsprechenden räumlichen Bedingungen in den Haushalten überhaupt nicht sicherstellen, anders als in den stationären Einrichtungen; dort haben wir als Unfallkasse auch Zugriffsmöglichkeiten in der Prävention. Notwendige Schutzmaßnahmen, die im stationären Bereich völlig selbstverständlich sind, wie das Tragen von Handschuhen oder der Umgang mit Nadeln und Kanülen, sind im häuslichen Bereich meistens nicht bekannt, und wenn: Man pflegt ja einen nahen Angehörigen, also zieht man sich keine Schutzhandschuhe an. Dies ist etwas ganz Menschliches. Die mangelnde Kenntnis über diese Schutzmaßnahmen führt aber natürlich zu erhöhten Unfallrisiken – mit entsprechenden Folgen.

Aus unserer Sicht ist es aber sehr wichtig, die Arbeitskraft dieser Pflegepersonen so lange wie möglich zu erhalten. Hierfür können wir Präventionsangebote machen; dies müssen wir sogar, denn wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, und es ist ja schon bezahlt, denn es ist unser gesetzlicher Auftrag. Das heißt, für diese Personengruppe wären unsere Aufwendungen kostenneutral, quasi umsonst.

Um nur zwei, drei Maßnahmen zu nennen: Wir können Schulungen zur Kompetenzförderung im Umgang mit den zu pflegenden Personen anbieten. Es geht um Informationsveranstaltungen zu Hilfsmitteln, es geht aber auch um die Durchführung von Hausbesuchen zur Verbesserung der Pflegesituation vor Ort und vieles mehr, was im Präventionsbereich getan werden kann.

Um diesen Präventionsauftrag vollumfänglich umsetzen zu können, müssen wir die Pflegepersonen aus unserer Sicht „adressieren“ können. Durch Informationskampagnen im Internet bzw. in sozialen Netzwerken können wir diesen sehr großen Versichertenkreis nicht ausreichend erreichen, und aufgrund der Heterogenität gehen diese Kampagnen auch vielfach ins Leere. Das heißt, viele Präventionsmittel, die wir verausgaben, verausgaben wir für Infokampagnen, ohne die Menschen, die betroffen sind, tatsächlich zu erreichen.

Aus diesem Grund haben wir eine relativ einfache Forderung: Wir fordern eine gesetzlich verankerte Meldepflicht dieser Personen oder alternativ die Datenerhebung bei Einrichtungen, die diese Personen kennen, z. B. bei der gesetzlichen Pflegeversicherung oder auch beim Finanzamt. Wir sind selbst ein Träger der Sozialversicherung und sehen keine größeren datenschutzrechtlichen Bedenken, da wir als Unfallkasse die Krankheitsakten aller Versicherten ohnehin vollumfänglich bei uns führen. In dem Moment, wenn es zu einem Unfall kommt, halten wir es für relativ unkritisch, wenn wir Namen und Adresse derjenigen kennen, die in der Pflege tätig sind. Das wäre die Forderung an dieser Stelle. Aus unserer Sicht stärkt dies eindeutig die Nachhaltigkeit in der häuslichen Pflege. Damit möchte ich meinen Vortrag beenden.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Frau Hund. – Herzlich willkommen, Frau Heute-Bluhm. Sie vertreten heute den Gemeindetag und den Städtetag. Wir freuen uns auf Ihre Stellungnahme.

Sv. Frau Heute-Bluhm: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren Abgeordneten, meine sehr geehrten Damen und Herren! Städtetag und Gemeindetag begrüßen die intensive Arbeit dieser Enquetekommission. Sieben Anhörungstage haben zentrale Fragestellungen herausgearbeitet, und viele davon berühren die kommunale Praxis und haben natürlich auch eine Antwort bzw. suchen nach Antworten für das gemeinsame Miteinander. Dafür danken wir Ihnen.

Der demografische Wandel stellt uns alle vor große Herausforderungen. Es ist ein Schlagwort, das oft genannt, aber letztlich oft nicht konkretisiert wird. Sie haben sich die Aufgabe gestellt und sind gemeinsam angetreten, in diesem Bereich zu konkreten Lösungsansätzen zu kommen: Wie wollen wir in unseren Städten und Gemeinden leben – auch wir vielleicht –, auch und gerade im Alter? Das ist die zentrale Frage, und darauf müssen Antworten entwickelt werden.

Diese Antworten werden nicht immer in dieselbe Richtung gehen können. Es werden vielfältige Antworten sein. 10 Millionen Menschen leben in diesem Land und haben unterschiedliche Lebensentwürfe und -bedingungen. Sie leben in ca. 1 100 Gemeinden und Städten. Das bedeutet, dass es unterschiedlichste Antworten geben wird, je nachdem, wie sich die Menschen in ihrem Leben eingerichtet haben, welche Chancen sie haben, aber auch, auf welche kommunale oder andere Infrastruktur sie treffen.

Dies ist eine große Herausforderung, auch für die kommunale Selbstverwaltung, aber natürlich ist sie wiederum auch eine Chance dafür, dass wir diese unterschiedlichen Antworten geben können, Gestaltungsspielräume vor Ort nutzen können, diese zunächst definieren müssen und schauen, wie weit diese Gestaltungsspielräume reichen müssen und können.

Die Frau Ministerin hat lobend erwähnt, dass wir „schon heute umfangreiche und wohnortnahe Unterstützung für Pflegebedürftige und deren Angehörige“ leisten, in der Regel bzw. häufig allerdings, ohne dafür die Vorgaben ganz genau zu kennen. Es ist nun unsere Aufgabe, hierfür neue Leitlinien zu entwickeln und teilweise auch gesetzliche Regelungen anzupassen.

Es ist die Kernaufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge, neben Energie und ÖPNV, der Förderung von Kultur, Bildung und Sport sowie anderen Dienstleistungen auch Angebote für alte, kranke und pflegebedürftige Menschen zu machen.

Ich habe mir bereits über den Verlauf der heutigen Sitzung – ich konnte nicht da sein – berichten lassen und weiß daher, dass ein wesentlicher Ansatz – die neue Ausrichtung auf die sozialraumorientierte Versorgung – bereits Gegenstand war und Frau Wolf-

gramm diese als eine der zentralen Forderungen erwähnt hat. Ich glaube ganz persönlich, dass dies nicht nur in diesem Bereich, aber gerade auch im Bereich der Pflege ein zentraler Ansatz ist, ohne den wir nicht mehr auskommen. Das heißt aber auch: Wohnraumversorgung, der Hausarzt am Wohnort, aufsuchende Gesundheitsdienste und weitere lokale Angebote, die nicht zuletzt auch das ehrenamtliche Engagement einbeziehen und dort Hilfestellungen geben, sind das Gebot der Stunde. Das sind die Themen, die wir angehen müssen, damit wir hier zu vernünftigen und bezahlbaren Antworten kommen.

Wenn ich „kommunale Selbstverwaltung“ sage, so bedeutet dies natürlich auch, dass wir Gestaltungsspielräume vor Ort brauchen, auch im Sinne einer Steuerungsfunktion, die wir bisher, zumindest gesetzlich, nicht haben, die wir uns in dem uns eigenen Selbstbewusstsein manchmal nehmen, dort, wo es möglich und zulässig ist. Aber sie muss besonders und gemeinsam ausgestaltet werden. Es kann nicht dabei bleiben – das ist unsere feste Überzeugung –, dass die Kranken- und Pflegekassen allein eine Steuerungsfunktion haben.

Wir haben eine veränderte Lage. Das ist keine Kritik daran, dass es früher anders geregelt wurde. Wir brauchen in den – so sage ich einmal – sehr heterogenen Zeiten auch unterschiedliche Antworten. Wir brauchen Verzahnung und Vernetzung, und das kann nicht geschehen, indem man mehrere Sektoren nebeneinandersetzt und sie gesondert regelt, sondern indem man ihnen Möglichkeiten gibt, aufeinander zuzugehen, und das – was wir in anderen kommunalen Planungsaufgaben auch tun – jeweils zeitnah und situationsorientiert, nicht wie früher mit zehn- oder zwanzigjährigen Planungszeiträumen. Wir sollten dies tun können und – ich sage es einmal ganz bewusst – auch tun dürfen, mit der notwendigen Verankerung auch in den Kostenstrukturen. Wir nennen das „kommunale Pflegelandschaften“. Das klingt vielleicht etwas poetisch, aber ich denke, es zeigt deutlich, welche Vielfalt damit verbunden ist.

Wir wünschen uns daher, wie das auch die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände im nationalen Beratungsprozess eingebracht hat, eine Stärkung der sozialraumorientierten Pflege durch die wirkungsvolle Einbeziehung gerade auch der kommunalen Möglichkeiten. Dies soll und könnte sicher sinnvollerweise geschehen, indem zunächst einmal ein Konzept von „Modellkommunen Pflege“ erprobt werden kann. Dafür wären in Baden-Württemberg mehrere Modellstandorte notwendig, es wären aber ganz sicher auch die richtigen Voraussetzungen zu finden.

Stadt- und Landkreise wollen damit beispielsweise eine umfassende Beratung der Pflegebedürftigen einerseits und ihrer Angehörigen andererseits ermöglichen, ihnen unnötige Wege und langwieriges Suchen – vor allem auch nach dem ehrlichen Makler – zu ersparen. Es geht auch darum, dass eine neutrale Beratung den „Dschungel“ für die Menschen ein wenig lichtet, die manchmal ganz plötzlich und für sie zunächst nicht vorhersehbar vor die Notwendigkeit gestellt werden, schnell Lösungen für ihre eigene Lebensgestaltung finden zu müssen. Dafür wäre ein solches Modellprojekt geeignet, welches auch Möglichkeiten findet, unterschiedliche Rahmenbedingungen abzubilden.

Bereits heute bilden vielerorts in größeren Städten und in den Landkreisen kommunale Altenhilfefachberatungen und vor allem die gemeinsam mit den Kranken- und Pflegekassen getragenen Pflegestützpunkte elementare Kerne einer solchen sozialräumlich ausgerichteten Pflegeinfrastruktur. Auch dieses Thema war heute Morgen angesprochen worden. Es ist ein ganz zentraler und wichtiger Versuch einer Antwort auf diese schwierige Gemengelage.

Wir haben jüngst bereits an anderer Stelle erneut bekräftigt, dass wir den zielgerichteten und bedarfsgerechten Ausbau der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg für außerordentlich wichtig halten und dies auch schnell auf den Weg gebracht werden muss. Einige stehen in den Startlöchern mit unterschiedlichen Voraussetzungen in den Stadt- und Landkreisen. Sie warten darauf, dass ein „Go!“, wie man es neudeutsch sagt, gegeben wird und sie mit ihren Beratungsleistungen beginnen können. Andere haben sich durch eigene Ressourcen weiter vorgewagt und wollen, dass diese eigenen Modellprojekte auf Dauer in eine Regelfinanzierung überführt werden können. Darum muss es jetzt relativ schnell vorangehen.

Bei alledem müssen wir im Auge behalten, so schwierig Pflege geworden ist, so hoch die Anforderungen an die Pflegenden sowie an die Infrastruktur auch geworden sind: Pflege muss bezahlbar bleiben, und wenn sie das nicht bleibt, dann haben wir ein ganz anderes wichtiges Ziel verfehlt. Deshalb bedauern wir auch – es sei an dieser Stelle erlaubt, dies zu sagen –, dass die Leistungserbringer das Scheitern der Verhandlungen über den neuen Rahmenvertrag für die stationäre Pflege erklärt haben und es nun zu einer Schiedsentscheidung kommen muss. Hier stehen Forderungen im Raum, die mehr als eine halbe Milliarde zusätzliches Ausgabenvolumen bedeuten würden. Dies hat zur Folge, dass wir darauf achten müssen, dass die Kostenüberlegungen auch mit den notwendigen Verbesserungen abgewogen werden.

Wir haben Verbesserungen im Personalschlüssel und in zentralen Bereichen angeboten, aber sehr differenziert und bezogen auf die konkreten Herausforderungen und die unterschiedlichen Arbeitsbereiche. Wir wünschen uns, dass auf diesem Weg weiter verhandelt werden kann, damit wir schnell zu einem Ergebnis kommen. Wir wünschen uns auch, dass auch andere Themen, die in der Zwischenzeit durch die Schiedsstellen benannt worden sind – ich nenne nur die Gewinnzuschläge für Pflegeeinrichtungen –, in die Kostenfragen einbezogen werden und wir zur gemeinsamen Lösungen kommen. Nur so können wir uns bzw. unseren älteren Mitbürgern und pflegebedürftigen Menschen entsprechende Antworten liefern.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche uns auf dem weiteren Weg gute Antworten. Danke.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Frau Heute-Bluhm. Wir haben zu danken. – Von den Gemeinden und Städten nun zu den Landkreisen. Herr Landrat Röckinger.

Sv. Herr Röckinger: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren Abgeordneten, meine sehr geehrten Damen und Herren! Natürlich begrüßt auch der Landkreistag die Einrichtung dieser Enquetekommission „Pflege“ in Baden-Württemberg. Ich denke, es ist die richtige Zeit, sich Gedanken über diese wichtigen Themen zu machen. Wir sind momentan mit dem Thema Asyl beschäftigt und dadurch abgelenkt. Andere wichtige Themen dürfen wir dabei nicht aus dem Auge verlieren. Die bekannte demografische Entwicklung – verstärkt durch den steigenden Mangel an Pflegekräften – fordert, dass wir uns diesem Thema stellen. Dabei ist natürlich interessant, welche Rolle die Kommunen in Bezug auf die Pflege einnehmen und künftig einnehmen wollen. Kollegin Heute-Bluhm hat schon einiges dazu gesagt. Das kann ich nur unterstreichen.

Der Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags hat den Weg zu einer notwendigen Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege eröffnet. Internationale Vergleiche und erfolgreiche Modellprojekte in Deutschland zeigen, dass die Versorgungsqualität und die Stärkung ambulanter Pflegesettings von einer starken Rolle der Kommunen positiv beeinflusst werden können. Die Kommunen leisten bereits jetzt einen wichtigen Beitrag zur Versorgung älterer, pflegebedürftiger und/oder behinderter Menschen und deren Familien. Am Beispiel der Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen wird das deutlich. Ergänzt werden diese Leistungen über Beratungs- und Koordinierungsstellen, familienentlastende und familienunterstützende Hilfe, über das bürgerschaftliche Engagement, die kommunalen Krankenhäuser und den öffentlichen Gesundheitsdienst. Der Bogen spannt sich dabei bis hin zur Nutzbarkeit des öffentlichen Personennahverkehrs im Sinne einer Mobilitäts-garantie für die betroffenen Menschen.

Im Bereich der Pflege, meine Damen und Herren, stehen auch im Hinblick auf die weitreichende Kostenträgerschaft der kommunalen Ebene allerdings nur sehr geringe Gestaltungsmöglichkeiten gegenüber. Die Kommunen sind unzureichend in Planung, Beratung und Entscheidung eingebunden. Deshalb müssen mehr konkrete Verantwortlichkeiten auf die kommunale Ebene übergehen. Die Kommunen sind aufgrund ihrer Kenntnisse und ihrer originären Zuständigkeiten mehr als geeignet, im Feld der Versorgung ihrer Bevölkerung eine stärkere Rolle zu übernehmen. Voraussetzung hierfür ist natürlich, dass die Finanzen stimmen.

Zu den Handlungsfeldern, meine Damen und Herren. Das Thema Altersarmut ist genannt worden. Frau Heute-Bluhm hat ja erwähnt, dass angesichts der Vorstellungen der Leistungserbringer Mehraufwendungen von insgesamt 500 Millionen € entstehen würden. Das würde natürlich auch die Altersarmut verschärfen. Bisher sind ungefähr 30 % der Menschen im Pflegeheim auf Sozialhilfe angewiesen. Ich denke, dieser Prozentsatz

würde drastisch ansteigen, wenn wir insgesamt – die Kommunen, die Pflegekassen und die Betroffenen – diese Kosten zu tragen hätten.

Zu der oben bereits von mir angesprochenen Problematik des demografischen Wandels kommt hinzu, dass Prognosen für die kommenden Jahre von einer stetigen Steigerung der Altersarmut, das heißt von immer mehr Empfängerinnen und Empfängern von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ab 65 Jahren, ausgehen. Diese Hilfsbedürftigkeit entsteht eben oftmals durch Pflegebedürftigkeit.

Trotz finanzieller Verbesserungen durch die Anpassung bundesgesetzlicher Regelungen wie das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz und das Erste Pflegestärkungsgesetz kommen viele ältere Menschen an die Grenzen ihrer finanziellen Belastbarkeit. Deshalb kann durch die Stärkung kommunaler Strukturen langfristig eine bessere Berücksichtigung der individuellen Situation von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen erreicht werden.

Auch das Thema Pflegestützpunkte ist hier schon erörtert worden. Ich halte Pflegestützpunkte für sehr wichtige Institutionen. Ich denke, Handlungsbedarf auf kommunaler Ebene besteht insbesondere im Bereich angemessener Möglichkeiten der Steuerung der Angebotsstrukturen vor Ort sowie bei der Effizienz von Kooperations- und Koordinationsstrukturen inklusive einer besseren Verzahnung der kommunalen Beratung im Rahmen der Daseinsvorsorge und im Rahmen der Rolle der Kommunen als Sozialleistungsträger mit den Beratungsangeboten und den Beratungsaufgaben der Pflegekassen.

Insoweit wurden die Handlungsfelder auch von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege identifiziert. Einen besonderen Schwerpunkt, der im Übrigen auch in Sitzungen der Enquetekommission immer wieder benannt wurde, bildet die Beratung von Betroffenen und deren Angehörigen. In Baden-Württemberg sind die Pflegestützpunkte zentrale Anlaufstellen für pflegebedürftige Menschen. Hier werden sie wohnortnah, neutral und umfassend beraten und erfahren bei ihrer Organisation der Pflege weitreichende Unterstützung. Damit alle Betroffenen erreicht werden können, muss jetzt endlich ein signifikanter und zeitnaher Ausbau der Pflegestützpunkte in der Fläche erfolgen. Zwei Kreise sind da jetzt noch nicht so weit vorangeschritten; wir haben es vorhin gehört. 33 der 35 Landkreise wollen mehr Pflegestützpunkte. Es ist im Grunde genommen ein Tropfen auf den heißen Stein, wenn man pro Landkreis nur einen Pflegestützpunkt hat. Man könnte einen Schlüssel von 1 : 50 000 ansetzen und ausrechnen, wie viele Pflegestützpunkte wir dann im Land benötigen. Ich habe da konkrete Erfahrungen vor Ort gesammelt, weil wir ein Instrument, das ein Vorläufer von Pflegestützpunkten ist – wir nennen es „Beratungsstelle für Hilfen im Alter“ –, bereits eingerichtet haben.

Uns, den Kommunen, ist die Stärkung des Ehrenamts wichtig. Wir sind gern bereit, uns da weiterhin zu engagieren.

Was zum Rahmenvertrag über die stationäre Pflege nach dem SGB XI zu sagen ist, hat Kollegin Heute-Bluhm schon ausgeführt; das muss ich nicht wiederholen.

Uns ist insgesamt wichtig, dass, wenn mehr Geld in die Hand genommen wird, dieses Geld bei den Pflegebedürftigen als Qualität ankommt und nicht nur ganz allgemein hier die Kosten erhöht werden.

Ich bedaure es auch, dass die Verhandlungen da gescheitert sind. Wir haben auch ein großzügiges Angebot gemacht. Das Angebot der kommunalen Seite lag im dreistelligen Millionenbereich. Es ist deshalb sehr zu bedauern, dass man da noch keine Einigung gefunden hat.

Das wäre das, was ich im Kurzen sagen wollte.

Ich bedanke mich ganz herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Landrat Röckinger. – Wir kommen nun zur Fragerunde. Herr Kollege Hollenbach.

Abg. Manfred Hollenbach CDU: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Herzlichen Dank für die Beiträge; sie haben mich in einem Punkt etwas überrascht. Wir haben in all den Diskussionen und Vorträgen, die wir bisher gehört haben, ein Wort immer wieder gehört, nämlich „Entbürokratisierung“. Denn der bürokratische Aufwand in der Pflege ist doch sehr hoch.

Nun hat Frau Hund die Forderung gestellt, eine Meldepflicht für all diejenigen einzuführen, die häusliche Pflege praktizieren. Sie trug vor, dass es im Land 207 000 Pflegefälle und geschätzt 415 000 Menschen gebe, die diese 207 000 Pflegebedürftigen pflegen. Wenn wir nun all diese Personen registrieren würden – mit all den Fluktuationen und schnellen Wechseln –, würde ein riesiger bürokratischer Aufwand betrieben. Meine Frage ist deshalb: Wie viele Fälle werden denn von der Unfallkasse tatsächlich bearbeitet? In welcher Relation stünde denn diese Registrierung und Meldung zu den bis jetzt erbrachten Leistungen?

Eine weitere Frage an Herrn Weiß – er vertritt die Berufsgenossenschaft, die die Menschen, die in der Pflege tätig sind, versicherungstechnisch absichert –: Mich hat schon sehr erschreckt, dass Sie sagen, dass rund 30 % der Personen, die eine Ausbildung beginnen, schon gesundheitliche Probleme hätten; sie würden diese Probleme schon mit in den Beruf bringen. Welche Maßnahmen haben Sie sich überlegt, um diese Zahl vielleicht schon im Vorfeld zu reduzieren?

Eine weitere Frage an Herrn Weiß wäre: Werden auch ehrenamtlich Tätige in der stationären Pflege versicherungstechnisch abgedeckt? Denn in der Unfallkasse sind sie bei der häuslichen Pflege ja voll versichert. Auch bei sehr vielen stationären Einrichtungen gibt es Fördervereine oder ähnliche Organisationen, deren Mitarbeiter dort ehrenamtlich tätig sind. In welcher Weise sind denn die Hilfskräfte bzw. die Menschen, die sich dort engagieren, versichert?

Bei der Rednerin und dem Redner aus dem kommunalen Bereich ist mir aufgefallen, dass auch sie mehr Bürokratie haben möchten. Die Pflegestützpunkte – die ja wichtig sind und vor Ort organisiert werden – leisten unverzichtbare Arbeit. Es ist richtig, dass dieses Instrumentarium ausgebaut werden muss. Wenn es schon 48 Pflegestützpunkte in 44 Stadt- und Landkreisen gibt, ist der Versorgungsstand schon gut. Ich würde davor warnen, die Einrichtung von Pflegestützpunkten an der Einwohnerzahl festzumachen. Es ist die Leistungskraft der kommunalen Selbstverwaltung.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Ich würde darum bitten, Fragen zu stellen.

Abg. Manfred Hollenbach CDU: Die Frage kommt. Wie – –

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Für Statements ist jetzt gerade nicht der richtige Augenblick.

Abg. Manfred Hollenbach CDU: Ich habe schon zur Frage angesetzt, Herr Vorsitzender.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Danke.

Abg. Manfred Hollenbach CDU: Wie stellen Sie sich das denn konkret vor? Wollen Sie der kommunalen Selbstverwaltung diesen Spielraum lassen?

Dieselbe Frage stellt sich, wenn ein gesetzlicher Auftrag für Planung in der Pflege gefordert wird: Was soll von der kommunalen Ebene denn konkret geplant werden?

Die letzte Frage zielt auf die Anmerkung, dass die Verhandlungen zum Rahmenvertrag geplatzt sind. Es wird gesagt, dass dadurch im Moment 500 Millionen € bzw. eine halbe Milliarde Euro fehlen. Es wurde aber auch gesagt, dass vonseiten der Kommunalen oder der Leistungsträger Angebote gemacht worden seien. Welche Leistungen wurden denn angeboten? Denn es wäre nicht beim Status quo geblieben. Wie hoch wären denn die Leistungen aufgrund des Angebots der kommunalen Seite gewesen?

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Ich habe zunächst eine Frage an Frau Hund. Ich muss sagen, dass ich über Ihren Vortrag wirklich überrascht war. Denn ich hatte die Dimension nicht wirklich vor Augen, dass es da eine so große Dunkelziffer gibt, dass nämlich so viele Personen unfallversichert sind, ohne es zu wissen. Das ist schon eine Besonder-

heit. Dass Sie jetzt eine Meldepflicht fordern kann ich nachvollziehen. Meine Frage an Sie wäre – Sie sind doch mit Sicherheit mit den Kommunen im Gespräch –: Gibt es vonseiten der Kommunen eine Bereitschaft? Denn offensichtlich finanzieren die Kommunen diese Unfallversicherung.

Ich hielte es für sehr wichtig, dass eine solche Meldepflicht auch die Möglichkeit bietet, mehr Transparenz über die Verhältnisse herzustellen, in denen in der Häuslichkeit gepflegt wird. Denn mittlerweile gibt es auch Untersuchungen dazu, die zeigen, dass Gewalt gegen zu pflegende Personen in der Häuslichkeit nicht selten ist. Den Schutz der Pflegepersonen könnte man auf andere Füße stellen. Von daher würde ich das spontan sehr unterstützen.

An die Vertreterin und den Vertreter aus dem kommunalpolitischen Bereich habe ich auch eine Frage. Ich habe sehr erfreut zur Kenntnis genommen – anders als mein Vordrner –, dass Sie sagen: „Wir brauchen mehr Pflegestützpunkte.“ Da stoßen Sie zumindest bei uns auf offene Türen. Das KDA hier in Baden-Württemberg hat die Pflegestützpunkte analysiert und bei den Pflegestützpunkten ein großes Spektrum festgestellt. So gibt es Stützpunkte, die gut laufen, eine gute Infrastruktur haben und auch gut erreichbar sind, und andererseits auch Pflegestützpunkte, die eben nicht gut erreichbar und auch nicht gut ausgelastet sind. Da geht es immer auch um eine finanzielle Beteiligung der Landkreise und der kreisfreien Städte. Meine Frage an Sie ist: Sind Sie dazu offensichtlich bereit? Ich hielte es für gut, wenn Sie dazu noch einmal etwas sagten.

Frau Heute-Bluhm, das neue Pflegestärkungsgesetz, das jetzt sozusagen vor der Verabschiedung steht, stärkt ganz ausdrücklich die Rolle der Kommunen. Für mich stellt sich die Frage: Wie wollen Sie die Stärkung der Rolle der Kommunen und den Handlungsspielraum, den Sie dann bekommen, wenn es darum geht, auch initiativ zu werden – z. B. im Schaffen der Infrastruktur für die Betreuung und Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf, wenn es um Wohnraum geht, wenn es um Betreuungsstrukturen geht, aber z. B. auch wenn es um Wohngruppen für Menschen mit Demenz geht –, nutzen? Wie wollen Sie diese Rolle ausfüllen?

Vorsitzender Helmut Walter Rück: Danke, Frau Mielich. – Herr Hinderer.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Herr Weiß, die Frage zum Thema „Schlechter Gesundheitszustand schon zu Beginn der Ausbildung“ würde ich ergänzen wollen um die Frage nach dem Gesundheitszustand nach dem Ende der Ausbildung. Das von der Pflegeenquete in Auftrag gegebene Gutachten weist aus, dass viele Personen nach der Ausbildung schon Symptome von Burn-out aufweisen. Können Sie das bestätigen? Was tun Sie dagegen?

Sehr hellhörig geworden bin ich bei Ihrem Stichwort „Gewalt in der Pflege – aus dem Dunkel ans Licht bringen“. Ich hatte „Gewalt in der Pflege“ bisher immer auf dem Schirm in Form von Gewalt gegenüber den zu pflegenden Menschen

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Genau! Ja!)

im stationären Bereich, aber sicher viel mehr noch im häuslichen Bereich durch Angehörige. Sie haben jetzt die andere Perspektive aufgemacht. Gibt es dazu Zahlen? Ist es tatsächlich eine signifikante Größe, dass pflegebedürftige Menschen die Pflegenden schädigen und dass da Kosten entstehen?

Frau Hund, wenn ich Sie richtig verstanden habe, fordern Sie die gesetzliche Meldepflicht für pflegende Angehörige, insbesondere um Maßnahmen der Prävention gezielter an den Mann bzw. an die Frau bringen zu können. Wenn Schäden entstehen, dann kommt ja eine Meldepflicht; sonst könnte man das nicht regulieren. Trotzdem stellt sich für mich bei über 400 000 Betroffenen die Frage, ob der Aufwand dann im Verhältnis zum Ertrag stünde. Sie sagen, 7 Cent pro Einwohner würden pauschal abgeführt. Sind mit so einem Betrag die Meldepflicht und die Bearbeitung der Datensätze dann überhaupt möglich?

An die Berichterstatterin bzw. den Berichterstatter aus dem kommunalen Bereich habe ich eine Frage zur sozialraumorientierten Quartierspolitik. Ich denke, das spielt für Menschen mit Pflegebedarf eine entscheidende Rolle. Inwieweit sehen Sie hier eine Bereitschaft der Kommunen, sich flächendeckend zu engagieren? Es wurde heute auch schon die Forderung nach einer Landesinitiative in diesem Bereich vorgetragen. Was kann Kreispflegeplanung dazu beitragen? Sehen Sie hier auch eine originäre kommunale Aufgabe der Daseinsvorsorge, wo nicht in jedem Fall immer die Konnexitätsfrage als Erstes gestellt wird?

(Vereinzelt Heiterkeit)

Vorsitzender Helmut Walter Rück: Vielen Dank. – Herr Haußmann.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Das Stichwort 30 % ist ja schon zweimal gefallen. Mich würde interessieren: Welche Präventionsmaßnahmen haben Sie, Herr Weiß, da vor?

Frau Hund, mich würde konkret interessieren: Welche Finanzmittel stehen Ihnen für die Prävention zur Verfügung? Wie viele Mitarbeiter stehen Ihnen zur Verfügung, um das durchzuführen? Wäre es grundsätzlich möglich, diese Mittel nicht in eigenen Maßnahmen einzusetzen, sondern im Rahmen von Partnerschaften bzw. im kommunalen Bereich für Prävention einzusetzen? Wäre es also grundsätzlich möglich, dass Sie jemanden beauftragen? Dann könnte man sich das mit der gesetzlichen Meldepflicht sicherlich auch sparen.

Dann zu Frau Heute-Blum: Wir haben die Quartiersentwicklung angesprochen; Sie haben es auch angesprochen. Welche Erfahrungen haben Sie mit dem neuen Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz, das im Land Baden-Württemberg beschlossen wurde, ge-

macht? Wie läuft das Ihrer Erfahrung nach? Ich weiß, dass sich im Vorfeld dieses Gesetzes viele Kommunen sehr stark dafür interessiert haben. Was sind Ihre Erfahrungen?

Eine Frage an Herrn Landrat Röckinger: Wo sehen Sie die Möglichkeit für die Landkreise, bei der Heimaufsicht Bürokratieabbau zu betreiben? Dazu höre ich keine Vorschläge. Man könnte das ja deutlich entzerren und mit dem MDK abstimmen. Dazu findet sich in Ihrer Vorlage nichts. Welchen Beitrag für den Bürokratieabbau leisten die ermessenslenkenden Richtlinien für die Heimaufsicht? Wie schätzen Sie das ein?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Viele Fragen harren der Antworten. – Als Erster Herr Weiß.

Sv. Herr Weiß: Der Wert 30 % ist noch niedrig gegriffen; der Wert wird vermutlich noch höher liegen. Ich muss von vornherein bekennen, dass unser Arm – auch der der Berufsgenossenschaften und der der Unfallversicherer – an dieser Stelle schon zu kurz greift. Ich muss Ihnen auch sagen, dass wir die Erfahrung gemacht haben, dass sich bei den Auszubildenden selbst dann, wenn wir ein Jahr lang unsere Künste anwenden – mit „Künste“ meine ich, sie in der Gesundheitskompetenz, beim Thema Ernährung usw. zu schulen; wir machen mit ihnen Outdoorfahrten, bringen ihnen ein Grundwissen, eine Kompetenz bei –, keine Besserung einstellt; das zeigen Befragungen. Sie rauchen mehr, sind gestresster usw. Insofern müssen wir, glaube ich, tatsächlich in einer konzertierten Aktion – auch mit anderen Partnern – frühzeitig beginnen und auch die Schulen frühzeitig mit einbinden, um auch diesen Kreis zu durchbrechen.

Auch die Antwort auf die Frage, wie es nach der Ausbildung aussieht, ist enttäuschend; auch nach drei Jahren geht es ihnen noch nicht besser. Das heißt, dass man sie eigentlich noch länger begleiten müsste. Sie werden bestimmt auch von den Trägern gehört haben, dass man mittlerweile darüber nachdenkt, dass diese Menschen erst nach fünf Jahren – auch wenn die Qualifikation nach drei Jahren abgeschlossen ist – die Kompetenz haben, ihren Job zu machen. Das gilt auch mit Blick auf die Gesundheitskompetenz.

Da können wir also alles andere als eine Entspannung der Situation signalisieren. Da können wir alles andere als Erfolgsstorys zeigen. Wir versuchen, auch das Wissen, das uns die Präventionsprofis vermitteln, einzusetzen, geben uns Mühe. Aber da muss man sich, glaube ich, wirklich noch einmal insgesamt Gedanken machen – auch darüber hinaus –, um da gute Ergebnisse zu erzielen. Wir allein werden es nicht schaffen.

Der zweite Punkt ist „Gewalt in der Pflege“. Auch das ist wirklich hochinteressant. Im Jahr 2012 wurden uns – allerdings bundesweit – 3 500 Fälle gemeldet; man kann das auf Baden-Württemberg herunterrechnen. Im Jahr 2015 liegt die Zahl bei 4 800 Fällen. Es gibt also eine Steigerung, und das ist nicht zu vernachlässigen. 78 % der Befragten – auch das ist ernüchternd – sagen, sie hätten schon einmal Gewalt erlebt – in welcher Form auch immer, ob das dann verbale Gewalt ist oder ob es auch Übergriffe sind. In-

sofern halten wir dieses Thema auch für hochaktuell. Man muss das wirklich sehr ernst nehmen.

Die Präventionsmaßnahmen im Bereich der Auszubildenden habe ich angesprochen.

Die Ehrenamtlichen sind versichert, wenn sie ihren Job machen – wie die anderen gleichermaßen. Da hat der Gesetzgeber insgesamt einen guten Job gemacht.

Das, meine ich, wären die Fragen an mich gewesen. Ich würde dann weitergeben.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Danke, Herr Weiß. – Wir kämen dann zu Frau Hund.

Sv. Frau Hund: Zunächst möchte ich darauf eingehen, dass Ihnen aufgefallen ist, dass viele Menschen nicht wissen, dass sie unfallversichert sind. Das möchte ich noch einmal kurz zum Thema machen. Das ist tatsächlich so. Wenn Sie Eltern fragen, ob ihr Kind unfallversichert ist, wenn es die Schule besucht, werden Ihnen viele sagen, dass sie das nicht wissen. Oder sie werden sagen: „Da habe ich eine 1-€-Zusatzversicherung abgeschlossen“; das hat damit aber gar nichts zu tun. Die Unfallversicherung besteht kraft Gesetz für diese Gruppe.

Dies gilt umso mehr in der häuslichen Pflege. Das Thema ist natürlich nicht so bekannt – ganz grundsätzlich. Wir, die Unfallversicherer, haben das Problem, dass wir da die Einrichtungen nicht kennen. Man hat Informationen über alle Schulen in Baden-Württemberg; das ist noch relativ einfach – es sind 4 000. Man hat Informationen über die meisten Kindergärten; auch das ist noch relativ einfach. Aber man hat natürlich keine Informationen über jeden Haushalt, in dem sich eine zu pflegende Person befindet. Diese Informationen zu erhalten ist mit den jetzigen Möglichkeiten, die wir haben, nicht möglich. Daraus resultiert diese Forderung.

Ich möchte eines ganz kurz konkretisieren. Ich habe von einer Meldepflicht gesprochen, habe aber auch gesagt, dass uns alternativ die Möglichkeit der Datenerhebung bei einem Partner ausreichen würde. Die Möglichkeit der Datenerhebung halte ich persönlich auch für das deutlich einfachere Mittel; dies ist deutlich weniger bürokratisch.

Um auf die Bürokratie an sich zu sprechen zu kommen: Bei uns gibt es natürlich ein Kataster; das gibt es schon; denn sonst würde die Versicherung gar nicht funktionieren können. Das heißt, wir müssen das nicht neu erfinden. In diesem Kataster sind schon sehr viele Menschen registriert, die wir auch im häuslichen Umfeld versichern, weil der Gesetzgeber irgendwann gesagt hat: „Die gesetzlichen Unfallversicherer sind auch für alle Menschen zuständig, die im häuslichen Umfeld geringfügig beschäftigt sind.“ Dies betrifft z. B. die Reinigungskräfte, die im häuslichen Umfeld tätig sind. Das heißt, diese Menschen haben wir schon im Kataster. Das sind rund 63 000. Dort erhalten wir tatsächlich eine Meldung. Wenn wir uns anschauen, um welche Beträge es dort geht, wel-

che Präventionsmaßnahmen dort erforderlich sind, sind wir der Auffassung, dass dort erstens die Risiken und zweitens auch die Beträge deutlich geringer sind als in der Gruppe, die pflegend tätig ist. Daraus resultiert die Forderung.

Ich hoffe, dass dieser Komplex etwas deutlich geworden ist.

Es gab eine Nachfrage an mich dazu, wie unsere Prävention aussieht. Wir beschäftigen derzeit in Baden-Württemberg 340 Mitarbeiter. Rund 50 davon sind in der Prävention tätig. Wir wenden ca. 20 Millionen € pro Jahr für präventive Maßnahmen auf.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Frau Hund. – Frau Heute-Bluhm.

Sv. Frau Heute-Bluhm: Vielen Dank. – Wir haben uns das jetzt etwas aufgeteilt. Herr Landrat Röckinger wird zu dem Thema Pflegestützpunkte der Verteilung im Land Stellung nehmen, während ich zum Thema Beratung spreche und die direkten Fragen zu beantworten versuche.

Zunächst einmal, Herr Abg. Hollenbach: Wir reden nicht über Bürokratie. Wenn ich da von Planung gesprochen habe, meine ich natürlich nicht ein aufwendiges Planungsverfahren, sondern ich meine, dass wir prüfen, wo vor Ort Notwendigkeiten bestehen und welche Antworten die besten sind. Das geht letztendlich in die Frage, welche Varianten einer sozialräumlichen Gestaltung man dann hat.

Zu der Frage von Herrn Haußmann zum Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz – ich will gern bekennen, dass mir die gesetzlichen Begriffe vielleicht nicht ganz so geläufig sind. Ambulante Gruppen, die ich in der eigenen Stadt selbst noch mit begleitet habe, zeigen, dass es eine ganz besondere Antwort darauf ist, Menschen in ihrem räumlichen, in ihrem häuslichen Umfeld zu belassen. Das kann man eben in manchem Quartier besser erreichen, sei es, weil dort mehr ehrenamtliche Zuwendung vorhanden ist oder sei es, weil dort mehrere Organisationen tätig sind, die in der Lage sind, auf solche Fragen eine Antwort zu finden. Oder nehmen Sie Kooperationen zwischen Kindergärten und Altenheimen. Das ist sicherlich eine Möglichkeit – ganz konkret, um ein Beispiel zu nennen –, um in verschiedenen Quartieren eine Antwort zu geben. Das setzt aber voraus, dass sich der Kindergarten und das Altenheim direkt nebeneinander befinden. Diese vernünftigen Zuordnungen und diese vernünftigen Überlegungen auch tatsächlich am Konkreten zu orientieren ist das, was ich mit Planung und mit Steuerung meine. Das geht aber eigentlich auch nur, wenn man die Verhältnisse vor Ort kennt.

Insofern ist, glaube ich, der Quartiersansatz richtig; denn dann sagen die jeweiligen Kommunen vor Ort, was im jeweiligen Quartier für sie eine vernünftige Antwort ist. Sie kennen vor allem die Menschen, die dort sind und die bereit sind, sich auch in gewisser Hinsicht für bestimmte Lösungen einzusetzen.

Wenn wir über die Pflegestützpunkte oder auch ganz grundsätzlich über diesen Bereich sprechen: Wir wissen natürlich – ich habe es vorhin auch gesagt –, dass dieser Bereich auch Teil der kommunalen Daseinsvorsorge ist. Die bisherigen Pflegestützpunkte sind ohne die Frage der Konnexität entstanden, aber natürlich unter Beteiligung. Wir sehen uns natürlich nicht als die Alleinverantwortlichen. Ich glaube, alle, die einen Anteil an dem Erfolg haben, werden auch in die Finanzierung einbezogen. Tatsächlich ist es momentan so, dass wir ein Drittel bezahlen – aber nur ein Drittel von gedeckelten Leistungen. Das heißt natürlich faktisch, dass wir mehr als das Drittel zahlen. Daran sieht man, dass wir auch bisher schon bereit waren, Initiative zu ergreifen und Rollen auszufüllen, die in dieser Form gar nicht definiert waren. Wir müssen uns, glaube ich, gemeinsam auch ein bisschen zu Lösungen vortasten. Das ist auch der Grund, warum wir sagen, es wäre gut, wir könnten vor Ort situationsgerecht steuern.

Ich würde es zunächst einfach einmal dabei bewenden lassen. Denn ich glaube, entscheidend für Sie war die Frage, ob wir bereit sind, auch finanzielle Verantwortung zu übernehmen und inwieweit das – so sage ich einmal – ein Gerüst ist oder eine – wie Sie es genannt haben – Bürokratie; das möchte ich auf keinen Fall so belassen.

Sv. Landrat Röckinger: Ich möchte gleich fortfahren. – Ich bin natürlich der Auffassung, dass Pflegestützpunkte eine Hilfe gegen Bürokratie sind und nicht zusätzliche Bürokratie bringen.

Zu der Frage, ob sich die Kommunen auch finanziell beteiligen wollen, wenn ein Ausbau erfolgt: Ich möchte es umdrehen. Ich sage eines: Eine bessere Fallsteuerung bringt für uns, die Kommunen, letztendlich auch niedrigere Kosten. Deshalb gibt es, denke ich, auch einen Grund dafür, dass wir uns da beteiligen.

Ich plaudere vielleicht ein bisschen aus dem Nähkästchen: In unserem Kreis haben wir Einrichtungen, die Vorläufer von Pflegestützpunkten sind. Wir nennen es „Beratungsstellen für Hilfen im Alter“. Wir haben diese schon seit zehn, 15 Jahren. Sie arbeiten sehr erfolgreich. Deshalb war ich natürlich von Anfang an ein begeisterter Unterstützer, als die Frage der Pflegestützpunkte aufkam.

Aus meiner Sicht kann ich also sagen: Das ist für alle Beteiligten eine ganz gute Geschichte. Wir sollten das ausbauen.

Es wurde die Frage nach der Höhe des Angebots im Rahmen der Verhandlungen über den Rahmenvertrag für die stationäre Pflege gestellt. Ich weiß das vom KVJS, dessen Vorsitzender ich bin; wir haben im Rahmen der Verhandlungen ungefähr 130 Millionen € geboten und wollten dieses Geld insbesondere in den Bereichen der Entlastung der Pflegedienstleitungen, Anleitung, Ausbildung und Erfüllung der neuen gesetzlichen Anforderungen, von denen ich vorhin sprach, eingesetzt sehen.

Herr Haußmann, zu der Möglichkeit des Abbaus von Bürokratie bei der Heimaufsicht: Diesen Ball spiele ich an das Land zurück. Die Heimaufsicht ist keine kommunale Aufgabe. Vielmehr sind wir eine staatliche untere Verwaltungsbehörde. Die Vorgaben zum Thema Heimaufsicht kommen von der Landespolitik, sprich vom entsprechenden Ministerium.

Wir sind immer gesprächsbereit, wenn es darum geht, Vorschriften zu verschlanken. Ich denke, da soll es an der kommunalen Seite letztendlich nicht scheitern. Aber der Schlüssel für Bürokratieabbau – wenn er nötig ist – liegt nicht bei den Kommunen.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Darf ich da noch einmal nachfragen? Herr Landrat, warum gibt es dann bei der Wahrnehmung der Aufgaben zwischen den Landkreisen erhebliche Unterschiede?

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Die einen machen es so, die anderen so!)

Sv. Landrat Röckinger: Es gibt ermessenslenkende Richtlinien. Wenn ein Gesetz in der Fläche ausgeführt wird, wird es immer kleinere Unterschiede geben. Ich kann für unsere Seite nicht feststellen, dass es da erhebliche Unterschiede geben würde. Wir stehen da auch unter der Fachaufsicht des Ministeriums; das würde sicher gar nicht zulassen, dass zwischen den einzelnen Stadt- und Landkreisen ganz entscheidende Unterschiede bei der Heimaufsicht bestehen.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank. – Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen für Fragen mehr. Wir werden auch dieses Thema in der Enquetekommission sicherlich noch einmal ausführlich beraten.

Ich darf mich bei Ihnen, den letzten vier Referentinnen und Referenten, und den vorangegangenen 23 Referentinnen und Referenten des heutigen Tages ganz herzlich bedanken.

Die heutige Anhörung war unsere letzte öffentliche Anhörung; zumindest ist keine weitere geplant. Wir konnten uns durch die Anhörungen, durch das Wissen der Referentinnen und Referenten, glaube ich, ein gutes Bild von der Situation der Pflege verschaffen. Sie haben uns durch Ihr Wissen sehr viel mitteilen können. Es ist jetzt an uns, das aufzuarbeiten.

Bevor ich die Sitzung beende, möchte ich noch etwas nachholen. Herr Weisbrod-Frey, ich habe gerade eben erst erfahren, dass Sie heute Geburtstag haben.

(Beifall – Oh-Rufe)

Ganz herzlichen Glückwunsch von meiner Seite. Durch die Anwesenden ist es Ihnen ja gerade schon bekundet worden. Es ist kein runder, aber ein ganz wichtiger halbrunder

Geburtstag im Leben. Ich rechne es Ihnen hoch an, dass Sie an Ihrem heutigen 65. Geburtstag zu uns gekommen sind, und hoffe, dass Sie mit Ihrer Gewerkschaft keine Probleme bekommen, weil Sie heute bei uns sind und nicht freigemacht haben.

(Vereinzelt Heiterkeit – Abg. Florian Wahl SPD: Dauert länger als acht Stunden! – Weitere Zurufe)

Frau Gölz passt auf Sie auf. Vielleicht für diejenigen, die es nicht wissen: Herr Weisbrod-Frey ist nebenher auch noch ein wenig für ver.di tätig. Alles Gute für Sie, Gesundheit, Glück, Wohlergehen. Bleiben Sie uns ganz einfach mit Ihrem Fachwissen weiterhin treu. Herzlichen Dank.

(Beifall)

Ich schließe die heutige Anhörung. Wir möchten die nicht öffentliche Sitzung der Enquetekommission hier möglichst schnell beginnen. Ich möchte niemanden rauswerfen, aber jetzt kommt man noch recht gut aus Stuttgart raus – wenn ich diesen Hinweis an die Besucher und Referenten geben darf. Wir machen eine fünfminütige Pause.

(Schluss des öffentlichen Teils: 16:59 Uhr)

– folgt nicht öffentlicher Teil –

(gesondertes Protokoll)

Verbändeanhörung der Enquetekommission "Pflege" am 24.07.15 – Vortrag bpa

Stefan Kraft
Leiter der bpa-Landesgeschäftsstelle Baden-
Württemberg



Landesheimbauverordnung

- Baden-Württemberg verfügt – bisher - über eine **ausgewogene pflegerische Infrastruktur**.
- Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird in Baden-Württemberg im wahrsten Sinne „gelebt“: **70 % der Pflegebedürftigen leben in ihrer eigenen Häuslichkeit**, dazu leisten nicht zuletzt auch die rd. 500 im bpa organisierten Pflegedienste einen wichtigen Beitrag.



Landesheimbauverordnung

- Aufgrund der demographischen und gesellschaftlichen Entwicklung wird der Bedarf an Pflegeheimplätzen in Baden-Württemberg aber weiter **steigen** – trotz des Ausbaus der niedrigschwelliger Betreuungsangebote, der Tagespflege und der ambulant betreuten Wohngemeinschaften.
- Rechnet man die Entwicklung von 2009 mit rund 84.000 vollstationär versorgten Pflegebedürftigen bis 2013 mit rund 90.800 vollstationär versorgten Pflegebedürftigen hoch, werden bis 2019 rund **17.100 Pflegeheimplätze** mehr benötigt als 2009.

3

Stefan Kraft Enquetekommission „Pflege“ – Verbändeanhörung

bpa

Landesheimbauverordnung

- Dem Mehrbedarf steht ein massiver, durch die Landesheimbauverordnung verursachter **Platzabbau** gegenüber.
- Ende 2013 befanden sich 36 % der Pflegeheimplätze oder rund **35.700 Plätze** in Doppelzimmern.
- Bis 2019 würden somit rund **17.850 Plätze** wegfallen, sofern keine Befreiungen erteilt bzw. Übergangsfristen nicht verlängert werden.
- Demgegenüber sind von 2009 bis 2013 knapp 3.000 Pflegeheimplätze neu entstanden. **Hochgerechnet bis 2019 wären dies rund 7.300 neue Pflegeheimplätze.**

4

Stefan Kraft Enquetekommission „Pflege“ – Verbändeanhörung

bpa

Landesheimbauverordnung

- Bei vollständiger Umsetzung des Doppelzimmerverbots und unter Berücksichtigung des bisherigen Wachstums von Pflegeheimplätzen würden im Jahr 2019 rund **17.900 Plätze** fehlen.
- Nicht berücksichtigt ist dabei, dass andere Vorgaben der LHeimBauVO wie z. B. zur **Zimmerfläche**, zur **lichten Raumbreite**, zur **Wohngruppengröße** zu einem weiteren, erheblichen Platzabbau, auch aufgrund von **Betriebsaufgaben**, führen werden.

Landesheimbauverordnung

- Betroffen von den Betriebsaufgaben werden v. a. **kleinere, familiär geführte Einrichtungen** sein, die seit Jahren einen wichtigen Beitrag zur wohnortnahen Versorgung mit bezahlbaren Pflegeheimplätzen leisten.
- Dort wirkt sich insbesondere aus, dass viele Doppelzimmer zwar die bisherige Größe von 18 qm erfüllen, nicht aber die neue Vorgabe von 22 qm, von der laut Sozialministerium keine Befreiung möglich ist.

Landesheimbauverordnung

- Erst mit dem Erlass der ermessenslenkenden Richtlinien im Februar 2015 – **rund 5 ½ Jahre nach Inkrafttreten der Verordnung!** – wurden die Heimaufsichten in die Lage versetzt, mit den Bestandseinrichtungen in einen Abstimmungsprozess zur Umsetzung der LHeimBauVO einzutreten.
- Eine **verlässliche Planung** der erforderlichen und wirtschaftlich zumutbaren Maßnahmen war den Einrichtungsträgern vorher **nicht möglich**.

Landesheimbauverordnung

Forderungen des bpa:

- Die Stadt- und Landkreise müssen zeitnah erheben, wie sich Umsetzung der LHeimBauVO auf die **pflegerische Versorgungsstruktur vor Ort** auswirken wird.
- Die daraus resultierenden Erkenntnisse müssen bei den individuellen Entscheidungen der Heimaufsichten zur Umsetzung der LHeimBauVO (Erteilung von Ausnahmen und Befreiungen, Verlängerung der Übergangsfrist) **angemessen berücksichtigt** werden.

Landesheimbauverordnung

- Die Übergangsfrist muss um die „verlorenen“ 5 ½ Jahre **verlängert** werden.
- **Korrekturen an der Verordnung** in Bezug auf die Bestandseinrichtungen dürfen auch ansonsten kein Tabu sein (Beispiel: Wohnfläche für Doppelzimmer, für die eine Befreiung erteilt oder die Übergangsfrist verlängert wird).

bpa

Herzlichen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!

Anspruch
pflegen.

bpa

Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.

Vom Randthema zur sozialen Herausforderung – Demenz geht uns alle an!

Positionen der Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V.

Verbändeanhörung im Rahmen der Enquetekommission
„Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

Stuttgart, 24.07.2015

Um wen und was geht es?

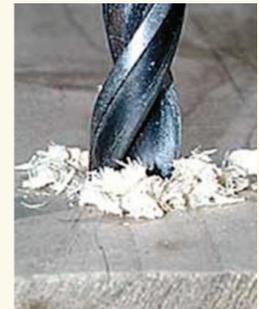
- Dimension und Perspektiven
 - 184.000 Menschen mit Demenz im Land
(8,8 % aller über 65-Jährigen)
 - Verdoppelung bis 2050 (?)
- Hochverletzliche und -belastete Zielgruppe
 - Eigenvertretung nicht möglich
 - Unterversorgung der Betroffenen
 - Überlastung der Angehörigen
 - Gesellschaftliche Isolation
- Immense Herausforderungen
 - Inklusion und Teilhabe → Mitbürger und Gesellschaft
 - Fürsorge und Schutz → Familie und individuelles Umfeld,
aber auch Staat und Kommune!
 - Betreuung und Pflege → ambulante und stationäre Strukturen





Betreuung und Pflege

- Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen
(*innovative, nachhaltige Projekte!*)
- Personelle Ressourcen?!
(*ambulant und stationär*)
 - Herausforderung Fachkräftemangel
 - Mix aus (Semi-)Profis, Angehörigen, Ehrenamtlichen etc.
 - Qualität: Demenzkompetenz und -sensibilität!
(*alle Berufsgruppen inkl. Hauswirtschaft*)
- Nachholbedarf in Detailthemen, z.B.
 - Vereinbarung von Pflege und Beruf (*Betriebe!*)
 - Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus?!
 - Technischeinsatz (*ethisch vertretbar und dem Menschen dienlich!*)



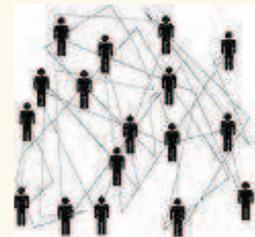
Konkreter Bedarf in Baden-Württemberg

- *Flächendeckende* Versorgungs- und Entlastungsstrukturen
- *Ausdifferenzierung* herkömmlicher Angebote für
 - jung erkrankte Betroffene, Betroffene in der Frühphase
 - Menschen mit Demenz und zusätzlicher Behinderung
 - Betroffene mit Migrationshintergrund
 - Alleinlebende etc.
- *Erhöhung* der Landesmittel zur Komplementärförderung
„niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote“
(*inhaltliche/strukturelle Ausweitung s. Pflegestärkungsgesetz 1!*)
- Dezentrale, demenzkompetente Beratungsangebote
(*u.a. Ausbau der Pflegestützpunkte!*)



Wir brauchen in Kommunen und Landkreisen vor Ort

- Bewusstsein, Weitblick und Verantwortungsbereitschaft
(kommunale Daseinsvorsorge!)
- Finanzielle und personelle Ressourcen
- Gut vernetzte, vielfältige Hilfestrukturen
(ambulant, teil- und vollstationär
inkl. gerontopsychiatrischer Grundversorgung!)
- Demenzkompetenz bei Polizei, Einzelhandel, ÖPNV etc.
- Quartiersnahe, kleinteilige Wohnformen
(Vielfalt, Privatheit, Individualität – s. WTPG)
- Bürgerschaftliches/ehrenamtliches Engagement
(Begleitung, Förderung!)



Wer wir sind, was wir tun...

- Zentrale Anlaufstelle zum Thema Demenz im Land
(Selbsthilfeverband mit neun Mitarbeitenden,
hauptamtliche Geschäftsstelle in Stuttgart)
- Unsere Anliegen und Aufgaben
 - Beraten – Informieren – Sensibilisieren
 - Lebensqualität der betroffenen Familien erhöhen
 - Strukturen aufbauen und verbessern
 - Ehrenamtliches/bürgerschaftliches Engagement fördern
 - Netzwerke bilden → Qualität sichern
 - Lobbyfunktion wahrnehmen!





... und was wir brauchen:

- Offene Ohren und Botschafter
- Mitdenker und Mitstreiter in Politik und Kommunen
- Verlässliche und nachhaltige finanzielle Unterstützung
 - Ausbau und Regionalisierung dringend erforderlich!
 - Erhöhung der Haushaltsmittel des Landes
(Komplementärförderung)



Demenz geht uns alle an –
wir müssen nur alt genug dazu werden...



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

Öffentliche Anhörung am 24.07.2015

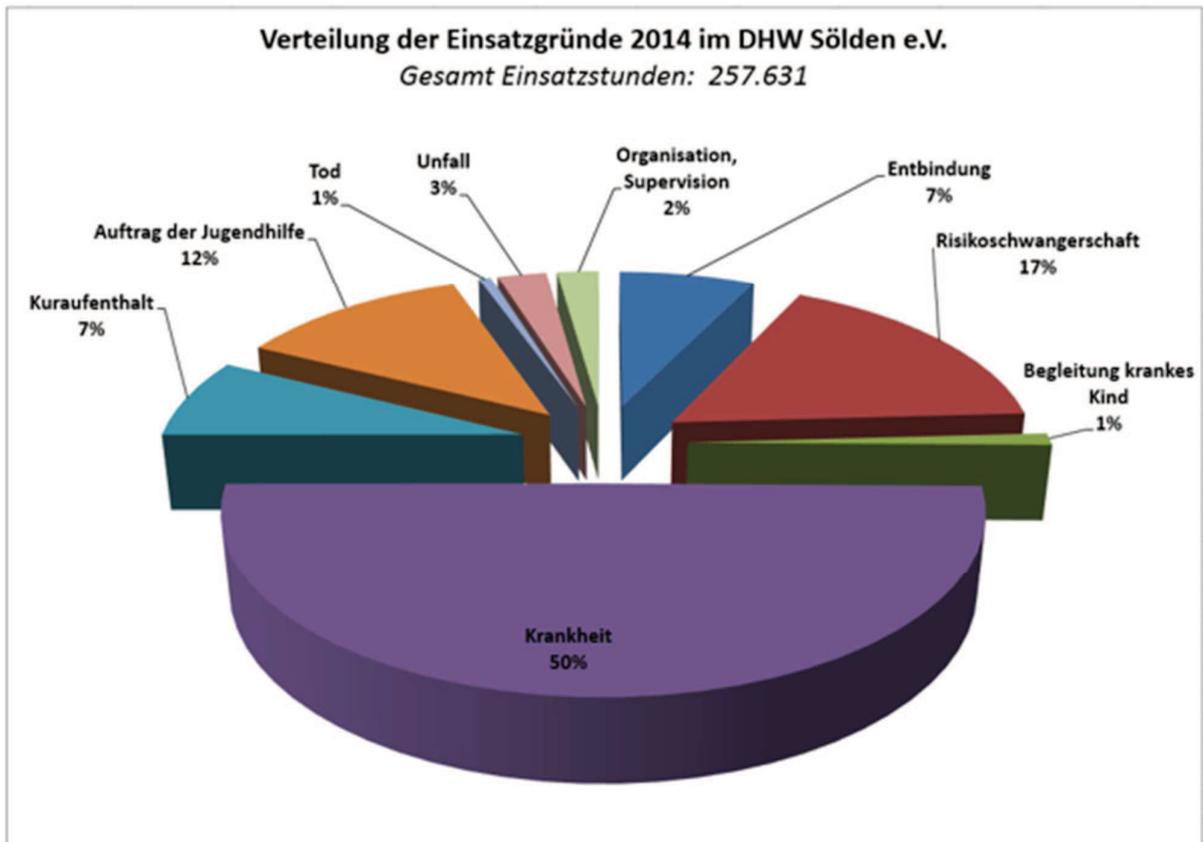
**Familienpflege
(Haushaltshilfe nach SGB V)
ist notwendige Unterstützung für
Familien in Krankheitssituationen**

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



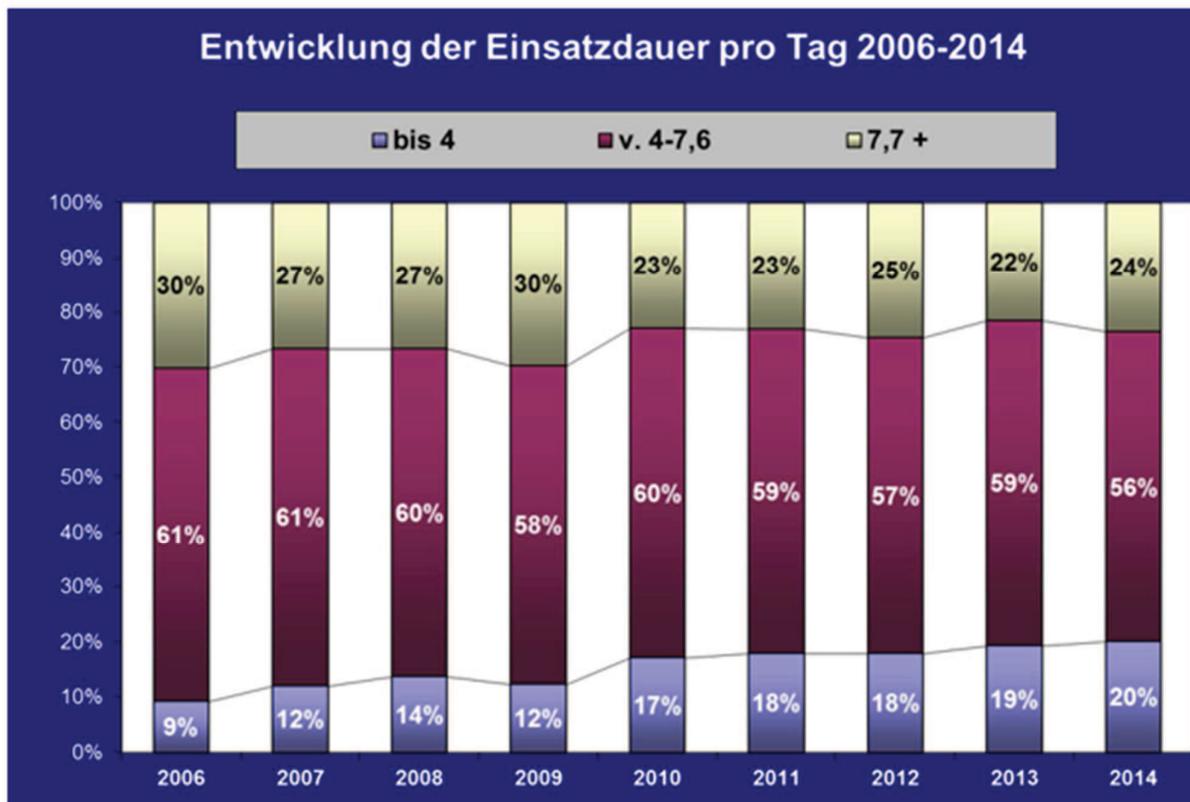
Not sehen und handeln
Caritas

Haushaltshilfe nach SGB V darf nicht verwechselt werden mit reinen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten



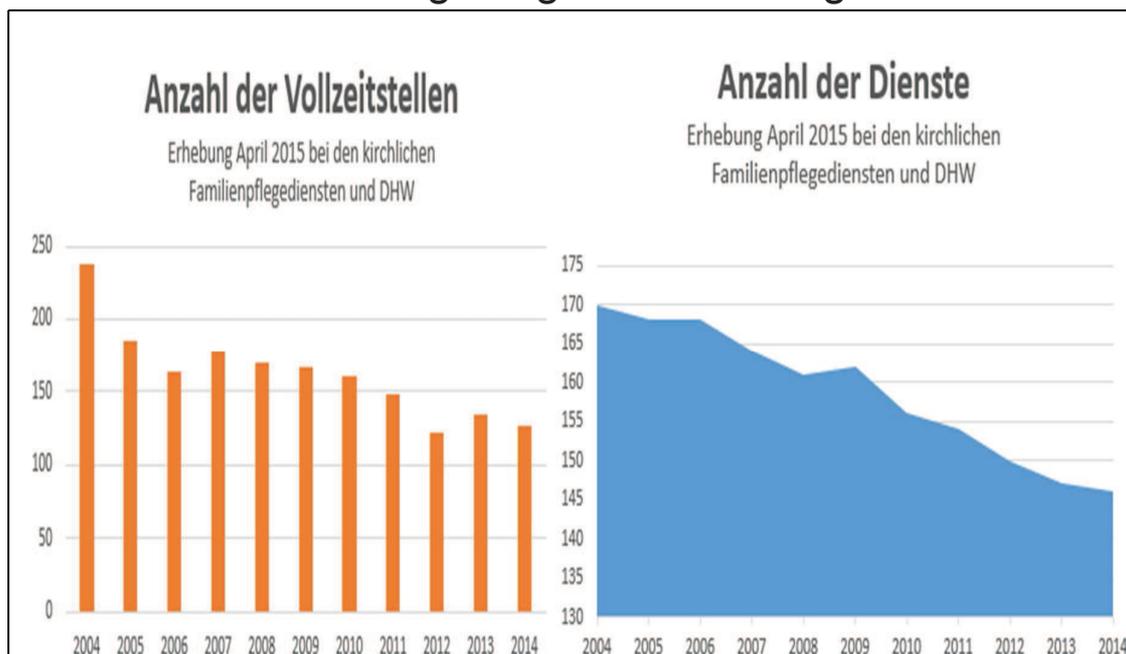
Bewilligungspraxis durch die Krankenkassen

caritas



Familienpflege darf nicht aufs Spiel gesetzt werden – sie greift, wenn es aufgrund von Krankheit für Familien keine andere Unterstützungsmöglichkeit mehr gibt!

caritas



Not sehen und handeln
Caritas

Dr. Holger Pressel

Leiter Politik AOK Baden-Württemberg

Enquetekommission „Pflege“ des Landtags von Baden-Württemberg

Verbändeanhörung am 24. Juli 2015

Verbändeanhörung am 24.07.2015
Enquetekommission „Pflege“ des Landtags von Baden-Württemberg
Dr. Holger Pressel, AOK Baden-Württemberg

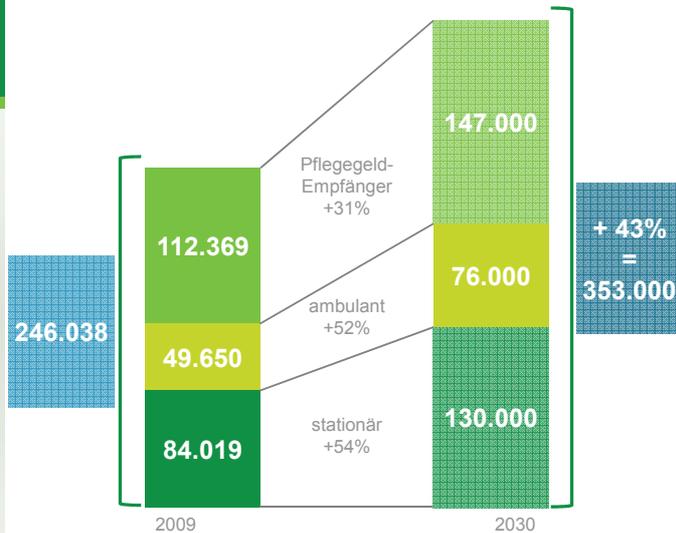


AGENDA

- 1 Herausforderungen
- 2 Finanzierung
- 3 Prävention
- 4 Stärkung Reha
- 5 Integration rehabilitativer Elemente in Pflege
- 6 Fazit

Herausforderungen

Pflegebedürftige in Baden-Württemberg 2009 und 2030

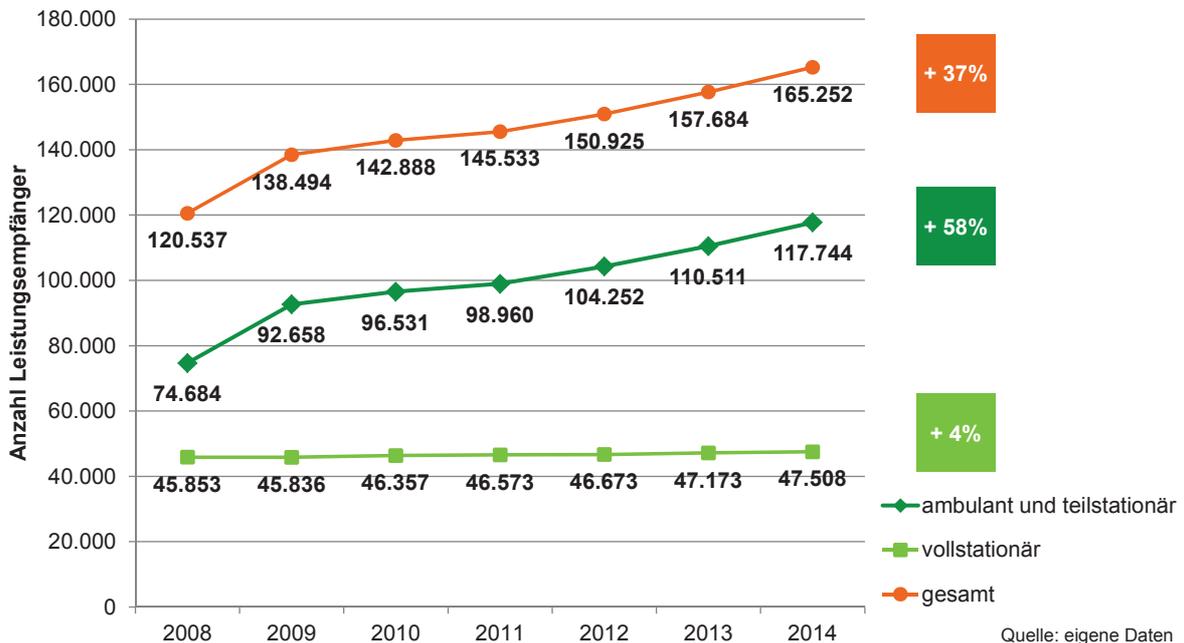


Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

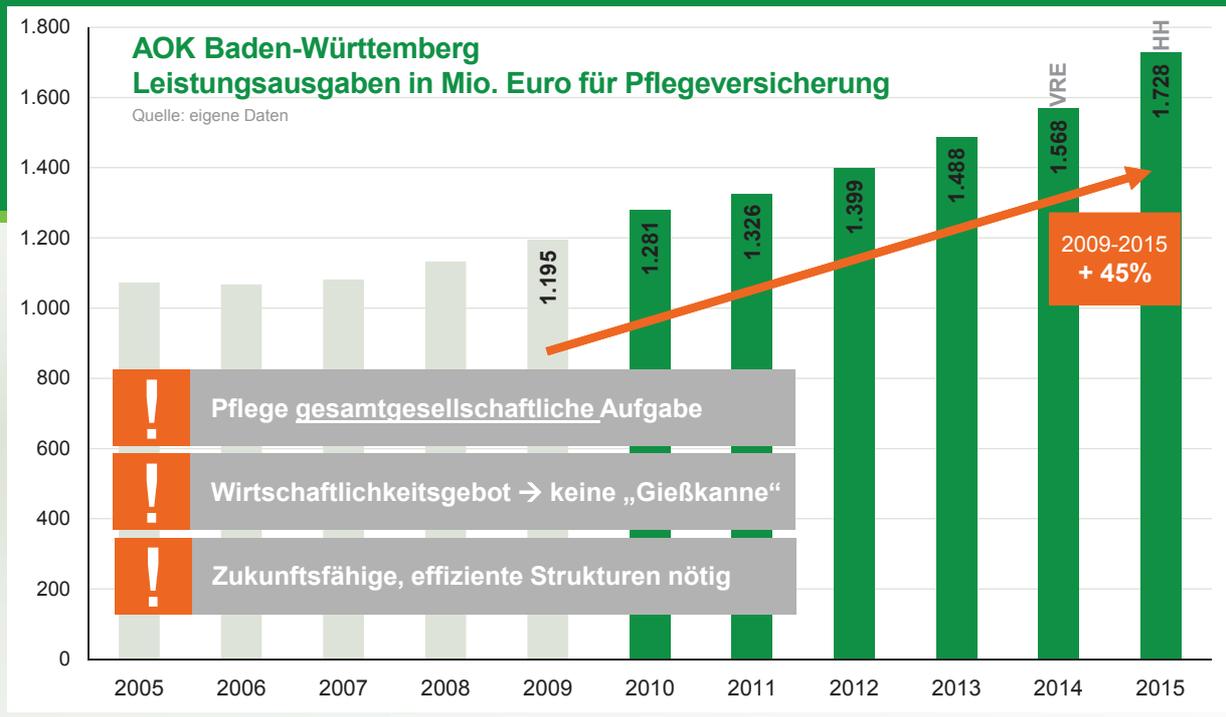
- Steigende Anzahl Pflegebedürftiger
- Familiäres Pflegepotential nimmt ab
- Multimorbidität → Alter benötigt (auch) professionelle Pflege
- Bedarf an Pflegepersonal steigt
 - Bundesweit + 500.000 professionelle Pflegekräfte
 - Mehrbedarf regional unterschiedlich
 - BW + 54.000 Pflegekräfte

AOK Baden-Württemberg Steigende Anzahl der Leistungsempfänger

Leistungsempfänger Pflegeversicherung (jeweils Pflegestufe I-III gesamt)



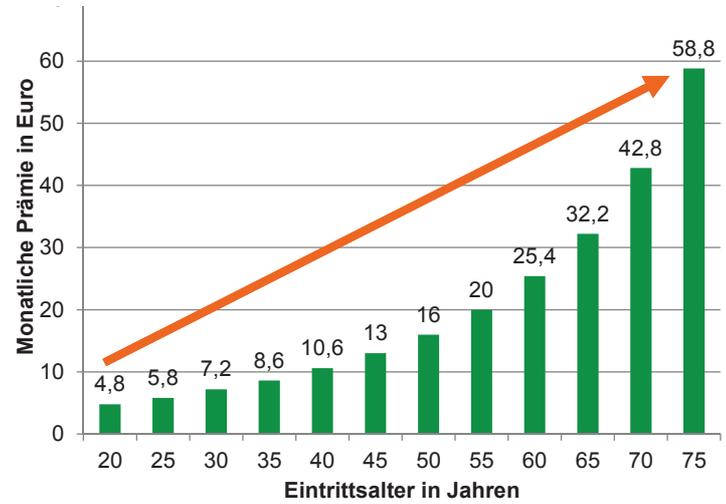
Finanzierung – stetige Herausforderung



Finanzierung: Pflege-Bahr

- Hinter Erwartungen zurück (2013: 1,5 Mio. Abschlüsse progn., tatsächlich 350.000)
- Deutsche Bundesbank: Für „untere u. mittlere Einkommensgruppen wenig attraktiv“
- inverse Umverteilung

**Monatliche Prämien staatlich geförderte ergänzende PV
PKV-Musterkalkulation**

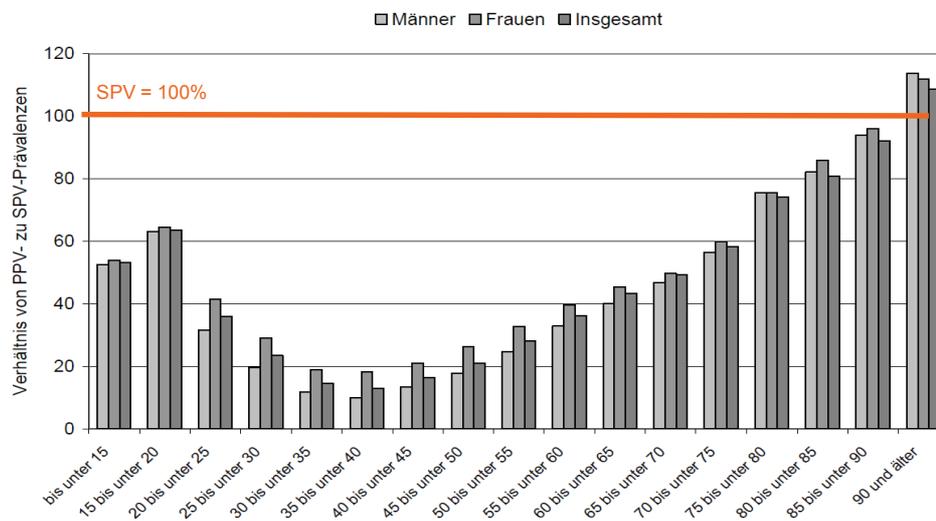


Quelle: PKV-Verband, Rechenschaftsbericht 2012; eigene Darstellung

➔ Pflege-Bahr ungeeignet!

Finanzierung: SPV und PPV

Pflegeprävalenz PPV zu SPV (alle Pflegestufen) 2008



PPV-Versicherte „bessere Risiken“

→ Finanzausgleich → Risiken fair u. nachhaltig verteilen

Quelle: Rothgang
et al. 2013

Prävention

Prävention lohnt sich auch im Alter!

- Sturzprävention in Pflegeheimen
 - Rückgang Anzahl Stürze
 - Rückgang Anzahl Frakturen
 - Rückgang Anzahl Krankenhauseinweisungen
 - rund 1.000 Pflegeheime beteiligt; 47 weitere in 2015
- Ausweitung Aktivitäten ambulanter Bereich
- Präventionsgesetz hilfreich

Stärkung geriatrische Rehabilitation



Geriatrische Versorgung für Baden-Württemberg wichtig



Beendigung des strukturellen Konkurrenzkampfs um geriatrische Patienten dringend geboten



Geriatrische Rehabilitation zukunftsfest machen



AOK-pro Reha Geriatrie entwickelt → wissenschaftlich evaluiert



Fokus auf Inhalte → Ziel Qualitätssteigerung



Evidenzbasierte Behandlungskonzepte



Dauerhafter Ideenwettbewerb zur Optimierung der Patientenversorgung in Baden-Württemberg etablieren



Neue Handlungsfelder identifizieren und aktiv gestalten

Stärkung geriatrische Rehabilitation

- Versorgungsstrukturanalyse AOK mit Sozialministerium BW → AOK einzige Krankenkasse: finanzielle Beteiligung u. Lieferung von Routinedaten
- **Herausforderung:** Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ flächendeckend umsetzen
 - zentrale Voraussetzung: **Identifikation** geriatrischer Patienten und deren Rehabilitationspotenzial
 - **passendes Behandlungsangebot**
- **Ziel:** Erkenntnisse über rehabilitative Potenziale geriatrischer Patienten/innen in bestehenden geriatrischen Versorgungsstrukturen
 - Ergebnisse wichtig für Weiterentwicklung Geriatriekonzept und Versorgungsregionen

Integration Reha-Elemente in Pflege

- Projekt AOK BW mit Institut für Gerontologie, Uni HD
- Ziele:
 - Rückkehr häusliches Umfeld
 - Zunahme Selbstständigkeit und Leistungsfähigkeit
 - Zunahme Lebensqualität Bewohner/Bewohnerinnen
 - Zunahme Zufriedenheit Pflegepersonal
- Finanzierungsalternativen:
 - eigenständige Leistung SPV oder
 - (Teil-) Erstattung

Fazit - Strukturwandel aktiv gemeinsam gestalten

- Nachhaltige Lösungen
- Vernetzung Leistungserbringer
- Stärkung regionaler Strukturen
- Bedarfsorientierte Versorgungstrukturen
- Einheitliche Pflegeversicherung

... gibt es nicht zum „Nulltarif“!



Beteiligung aller Akteure notwendig



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Positionen der B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg zur Pflege

**Verbändeanhörung
der Enquêtekommission „Pflege“
am 24. Juli 2015 im Landtag
von Baden-Württemberg**

Frank Winkler für die B 52-Verbändekooperation

1. Finanzierung

- ▶ die im Jahr 1995 eingeführte Pflegeversicherung hat sich bewährt
- ▶ die Leistungen der Pflegeversicherung sind auf der Grundlage sich wandelnder gesellschaftlicher Rahmenbedingungen regelmäßig und in angemessener Weise zu dynamisieren
- ▶ das Umlageverfahren der Pflegeversicherung hat sich bewährt und sollte weiter ausgebaut werden

2. Flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung weiterentwickeln

- ▶ Angebot auf konkrete Wünsche der Pflegebedürftigen ausrichten. Der Mensch ist selbstbestimmt.
- ▶ der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird begrüßt
- ▶ kognitive und psychische Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten werden einbezogen
- ▶ neue Wohnformen mit dem Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz werden unterstützt
- ▶ Aktuelle Landesheimbauverordnung

3. Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen, Kommunen und Ehrenamt stärken

- ▶ tragfähige Netzwerke der Kostenträger, der Leistungserbringer und der kommunalen Akteure vor Ort entstehen lassen bzw. weiter entwickeln
- ▶ Versorgungs- und Infrastrukturbedarf auf solider Datengrundlage
- ▶ Sektoren übergreifender Landesbeirat
- ▶ Unterstützungsarrangements mit Strukturen des bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe verknüpfen

4. Dem Mangel an Pflegekräften entgegenwirken

- ▶ Pflegeberuf stärken und Wert schätzen
- ▶ allgemeine Arbeitsbedingungen verbessern
- ▶ Aufgabenabgrenzung zwischen Ärzten und Pflegeberufen neu ordnen
- ▶ ausreichende Ausbildungskapazitäten schaffen
- ▶ eine durchgängig kostenfreie Ausbildung gewährleisten

5. Bedarfsgerechte Beratungsangebote sicherstellen

- ▶ Pflegestützpunkte
- ▶ objektive Parameter, kurzum: Zahlen, Daten und Fakten für die sozialräumliche Ebene zugrunde legen
- ▶ den regionalen Gegebenheiten angemessen und bedarfsgerecht vorgehen

6. Leistungsrechtliche Anreize richtig setzen

- ▶ den Grundsatz „Reha vor Pflege“ stärken
- ▶ Hemmnisse zwischen den Versicherungsträgern und den Versorgungsbereichen an den Schnittstellen sind zu beseitigen
- ▶ die Pflegeversicherung ist an den Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen zu beteiligen, welche dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit abzuwenden oder hinauszuzögern

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**